

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1900

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 14 Février 1900, à 1 heure

PAR

Jules SAMBON

Né à Boussac (Creuse) le 11 octobre 1876

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU CANCER ILÉO-COECAL

Président : M. TILLAUX, Professeur.

Juges : MM. REMY, Professeur.

GAUCHER et LEJARS, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1900

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutiques générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL
	DEBOVE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	TERRIER
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	LANDOUZY
Hygiène	PROUST
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie ..	N...
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE
	POTAIN
Clinique médicale	JACCOUD
	HAYEM
	DIEULAFOY
	GRANCHER
Maladies de enfants	JOFFROY
Clinique de pathologie mentale et des mala- dies de l'encéphale	FOURNIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux.	BERGER
	DUPLAY
Clinique chirurgicale	LEDENTU
	TILLAUX
Clinique ophtalmologique	PANAS
Clinique des maladies des voies urinaires ..	GUYON
Clinique d'accouchement	BUDIN
	PINARD

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIERY
ALBARRAN	DUPRÉ	LEPAGE	THIROLOIX
ANDRÉ	FAURE	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA Auguste	GILLES DE LA	MÉNÉTRIER	VARNIER
BROCA André	TOURETTE	MERY	WALLICH
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WALTER
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WIDAL
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	WURTZ
	LEGUEU		

Chef des Travaux anatomiques..... M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Chirurgien des Hôpitaux
Membre de l'Académie de médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

A la fin de mes études médicales, je suis heureux d'avoir l'occasion d'adresser mes remerciements sincères à ceux qui ont contribué à mon instruction.

A mes premiers maîtres de l'école de Limoges ; MM. Chénieux, Lemaistre, Boulland, dont je n'oublierai jamais les enseignements solides et bienveillants.

A mes maîtres de Paris et en particulier :

A M. le docteur Jacquet (Hôpital Laënnec, externat de 1898 ;

A M. le professeur Hayem (Hôpital St-Antoine, externat de 1898-1899) ;

A M. le docteur Ch. Monod (Hôpital St-Antoine, externat de 1899-1900).

Je tiens particulièrement à affirmer ma reconnaissance à M. le docteur Jacquet, pour les marques d'intérêt qu'il m'a données.

L'idée de ce travail appartient à M. Ch. Monod et je remercie vivement son assistant, M. le docteur Arrou, qui a bien voulu faciliter ma tâche, en m'éclairant de ses conseils autorisés.





Digitized by the Internet Archive
in 2026

Introduction

Dans cette étude du cancer iléo-cœcal (c'est-à-dire du cancer de cette portion du tube intestinal comprenant une partie plus ou moins étendue de l'iléon, une partie plus ou moins étendue du colon, la valvule iléo-cœcale, le cœcum et son appendice), nous nous proposons surtout d'étudier les symptômes qui, dans la plupart des cas, permettront d'établir le diagnostic ferme de cancer iléo-cœcal, puis de démontrer que cette affection réclame presque toujours une intervention chirurgicale.

Nous avons pensé que cette étude du cancer iléo-cœcal méritait d'être distraite de celle du cancer de l'intestin en général, d'abord à cause de la fréquence relative du carcinome de cette région qui, après celui du rectum, est le plus fréquent des cancers du tube intestinal, et ensuite parce que cette variété de cancer est ou peut être isolée jusqu'à un certain point de la cavité péritonéale, contrairement aux carcinomes de l'intestin grêle et d'une bonne partie du gros intestin, qui se trouvent en pleine cavité péritonéale.

Or, cet avantage qu'offre la région cœcale est

d'une grande importance, puisqu'il donne la possibilité d'opérer extra-péritonéalement, et si quelque incident d'infection se produit, de le localiser à la région péri-cœcale, où il est beaucoup plus facile d'agir sur lui.

Pour atteindre le but que nous nous proposons :

Dans la première partie de ce travail, nous étudierons successivement l'anatomie pathologique, les symptômes, le diagnostic, du cancer iléo-cœcal ; et, avant de parler de l'intervention chirurgicale et de ses résultats, nous envisagerons rapidement le sort qui est réservé à notre cancéreux, quand l'opération est différée.

Dans la deuxième partie, nous citerons, autant que possible, *in extenso*, toutes les observations publiées sur le sujet qui nous occupe, depuis la thèse du D^r Baillet (janvier 1894), ou, tout au moins, toutes celles que nous avons pu recueillir tant en France qu'à l'étranger.

Cette étude repose, d'ailleurs, en grande partie, sur les éléments que contiennent les observations que nous rapportons.



Historique

Les opérations faites sur le cœcum, dans les cas de cancer sont nombreuses : la première entérectomie appartient à Reybard et date de 1835. Mais ce fut un fait isolé, car la résection de l'intestin pour cancer du cœcum ne date véritablement que de 1879. Kraussold en fit une le 21 avril 1879 ; elle fut suivie de mort.

Avec Billroth, Czerny, Salzer, les interventions pour cancer de la région iléo-cœcale, deviennent de plus en plus fréquentes.

Salzer publie un assez gros travail sur les cas de cancer du cœcum opérés par Billroth, de 1881 à 1890.

Czerny, de 1882 à 1890 opère 3 cancers du cœcum, et ces 3 opérations furent suivies de mort.

Jusqu'à cette époque de 1890, les tentatives de résection pour cancer sont marquées, à de rares exceptions près, par des désastres, sans doute parce que les chirurgiens n'opéraient que les cas graves, dans lesquels ils avaient la main forcée.

Le 13 juillet 1882, M. Haussmann, dans sa thèse de doctorat, fait l'étiologie et l'anatomie-pathologique du cancer de l'intestin, s'étendant assez longuement sur celui de la région cœcale.

La même année 1882, M. du Castel fait paraître un travail dans les archives générales de médecine, dans lesquelles il étudie l'étiologie, l'anatomie pathologique, les symptômes du cancer de l'extrémité de l'iléon. Son étude du cancer de l'iléon est basée sur cinq observations prises dans le service de M. Potain et sur quelques faits relevés la plupart dans les bulletins de la Société anatomique. M. Du Castel envisage le traitement médical de l'affection et se contente de poser les questions suivantes aux chirurgiens :

« Peut-il exister un traitement chirurgical de la maladie ? Pourrait-on tenter avec espérance de succès l'ablation de la portion cancéreuse de l'intestin ? »

En 1894, le 17 janvier, le Dr Baillet, dans sa thèse de doctorat, intitulée : Résection du segment iléo-cœcal de l'intestin, rapporte tous les cas de cancer du cœcum opérés jusqu'en 1894, cite les statistiques de Billroth, de Czerny, et conclut de la façon suivante : « La mortalité de 6 ou 7 sur 21 cas opérés de cancer du segment iléo-cœcal, n'est en somme, pas très élevée, et, ce serait là un résultat qu'il faudrait considérer comme excellent, si, en pratiquant cette opération, on pouvait prétendre avoir guéri radicalement le malade. Malheureusement, il n'en est pas ainsi : les anciens opérés se rangent en trois catégories, ceux qu'on n'a pas revus, les plus nombreux, ceux qui ont eu une récidive et ceux qui ont paru définitivement guéris. J'ai dit quel doute s'élevait au sujet du bien fondé du diagnostic dans ces cas. »

Ainsi, le Dr Baillet conclut à une sage réserve au point de vue opératoire.

La même année 1894, au mois de novembre, au congrès chirurgical de Berlin, Kôrte, chirurgien de Berlin : dans un travail intitulé : « Sur le traitement chirurgical des tumeurs du cœcum », cite ses propres observations de cancer du cœcum opérés par lui, tous suivis de guérison, et conclut : que dans presque tous les cas de cancer iléo-cœcal, il faut intervenir par l'extirpation de la tumeur et par l'entérorraphie.

Ce chirurgien n'est donc point partisan de la sage réserve recommandée par Baillet.

En résumé, si jusqu'à cette époque, on s'est passablement occupé du cancer du cœcum, au point de vue de l'opération, la marche de la maladie, l'allure et les symptômes de l'affection n'ont été que très peu étudiés.

Nous ne trouvons, en effet, que les deux travaux de Hausmann et de M. du Castel, en 1882, qui traitent de l'étude du cancer iléo-cœcal. Or, Hausmann envisage exclusivement le côté anatomo-pathologique de la question, et M. du Castel, lui aussi, étudie surtout l'histologie et l'anatomo-pathologie du cancer de cette région.

Il note cependant les principaux symptômes auxquels donne naissance le carcinome de l'iléon ; mais, il avoue « que les quelques faits qu'il cite ne peuvent lui permettre que de tenter une ébauche de l'affection, d'autant plus imparfaite, que l'ensemble des faits

publiés ne vise que des cas très sérieux, ayant donné lieu à des accidents graves ou rares, à grand fracas. »

C'est pourquoi nous nous sommes crus autorisés à essayer de mettre en relief les symptômes du cancer iléo-cœcal, signalés dans les observations que nous avons pu recueillir.

Et, devant la divergence d'opinions qui semble régner parmi les chirurgiens, sur la nécessité ou l'utilité même de l'intervention chirurgicale, divergence dont les conclusions opposées de Baillet et de Kôrte, en 1894, sont la preuve, il ne nous a pas paru inutile de citer les résultats opératoires obtenus depuis l'époque de la thèse de Baillet, dans tous les cas de cancer iléo-cœcal dont nous avons pu prendre connaissance, aussi bien en France qu'à l'étranger.



PREMIÈRE PARTIE

Chapitre Premier

Anatomie Pathologique

Le cancer primitif du tube intestinal, au moins de l'intestin grêle, est regardé comme rare, et un certain nombre de médecins regardent le cancer du duodénum comme consécutif, habituellement, à l'extension d'un cancer gastrique de la région pylorique. Cette opinion sur la rareté du cancer primitif de l'iléon, paraît excessive à M. Du Castel (1) qui, se basant sur plusieurs cas observés alors qu'il était chef des travaux anatomiques à l'hôpital Necker, pense volontiers, que cette partie de l'intestin grêle n'échappe pas à la loi générale qui veut que le cancer se développe facilement à l'extrémité terminale des différents canaux de l'économie.

(1) Du Castel. — Cancer de l'iléon. *Archives génér. de médecine*, 1882.

Le cancer de l'intestin semble augmenter de fréquence à mesure que l'on se rapproche de la partie inférieure du tube digestif. Dans la statistique de Hausmann, pour 4 cancers du jejunum, on en a 40 du cœcum et 100 de l'S iliaque. Ce fait remarquable s'expliquerait, dit Hausmann (1), par l'irritation que des matières de moins en moins fluides, exercent sur les parois du tube intestinal, en suivant leur cours ordinaire. D'après cette théorie, les cancers du cœcum devraient être moins fréquents que ceux des colons ascendant et transverse ; et cependant les cancers du cœcum, après ceux du rectum, sont les plus souvent remarqués sur le tube intestinal. Comment concilier avec la théorie ci-dessus, leur plus grande fréquence ? Par cette explication, que leur plus grande fréquence est due à l'irritation plus vive produite par le passage du véritable défilé constitué par les deux lèvres de la valvule de Bauhin.

Pour M. Du Castel, le cancer de l'angle iléo-cœcal débute le plus souvent dans les derniers centimètres de l'iléon. Hausmann suppose qu'il commence plutôt par la valvule de Bauhin, parce que sur 34 faits, dans 18, il trouva la valvule totalement détruite ; dans une de nos observations (2), la valvule était également disparue complètement. Sur ces 34 faits, Hausmann ne trouva le point de départ de l'affection, que 8 fois, en dehors de la valvule, dans une des parties du

(1) Hausmann. — Thèse de Paris, 1882.

(2) Observation 7.

cœcum, dans 8 cas, l'iléon a été touché, dans 12, il est resté absolument intact.

Le cancer iléo-cœcal occupe la valvule de Bauhin et son voisinage, pouvant se limiter au pourtour même de la valvule, ou remonter dans une étendue qui ne dépasse pas ordinairement 5 à 10 centimètres. Dans nos observations, c'est bien cette moyenne que l'on note le plus souvent, cependant, il est un cas où Korte signale l'envahissement de l'affection sur 14 centimètres d'iléon (1).

La valvule de Bauhin, au lieu de rester souple, prend la forme de deux replis rigides pouvant ne plus laisser entre eux qu'une fente rectiligne et donner lieu à un rétrécissement considérable et à des phénomènes d'obstruction.

Ultérieurement, la valvule peut être détruite par suite d'un travail ulcératif, et de nouveau laisser libre cours à la circulation intestinale, ce sont ces accidents qui peuvent donner naissance à des débâcles soudaines, succédant à des phénomènes très accentués d'obstruction.

Le cancer peut se limiter à la valvule. M. du Castel en rapporte un cas cité par M. Roulland à la société d'anatomie. C'était une femme assez vieille, qui avait de la diarrhée parfois sanguinolente et qui avait beaucoup maigri. La valvule seule, dans ce cas, était atteinte : aucun autre organe n'était altéré.

Le plus habituellement, l'altération envahit au-

dessus de la valvule une plus ou moins grande portion de l'intestin, dont les parois sont transformées en une masse rigide, nacrée, blanche, dure, criant sous le scalpel.

Parfois, ni le colon, ni l'iléon ne sont pris ; toute l'altération se reporte sur le cœcum, la valvule de Bauhin et même l'appendice (1).

Ritansky, Lemaitre ont décrit un cancer primitif de l'appendice iléo-cœcal. Dans un cas de Beger, le carcinome avait débuté par l'extrémité libre de l'appendice, et de là, envahi lentement le cœcum.

L'envahissement de l'iléon et du colon se traduit par une induration des parois latérales, le plus souvent, ou de la paroi postérieure (2), qui a pour résultat de troubler rapidement le fonctionnement de l'intestin en lui enlevant sa souplesse normale.

Le cancer donne habituellement naissance à des bourgeons plus ou moins volumineux, plus ou moins irréguliers, qui font saillie dans la cavité du tube intestinal, et rétrécissent sa lumière. L'intestin, de cette façon, est converti en un tube rigide, à parois irrégulières et anfractueuses. Le canal intestinal serpente à travers les végétations cancéreuses et sa direction est souvent des plus sinueuses. Le rétrécissement peut être considérable, donnant lieu à une dilatation de la partie intestinale située en amont de l'obstacle, pouvant se limiter aux parties inférieures de l'intestin grêle ou en occuper toute l'étendue.

(1) Observation 3.

(2) Observation 4.

Dans les anfractuosités du canal cancéreux, on rencontre souvent des scybales, des corps étrangers apportés par l'alimentation, des pépins de pommes, pépins d'oranges, noyaux de cerises, etc.... (1).

L'envahissement cancéreux ne se limite pas toujours au tube intestinal ; le péritoine, le tissu cellulaire péri-cœcal peuvent être envahis à leur tour et créer des adhérences extrêmement serrées entre l'intestin et la fosse iliaque (observation (2) de Kôrte dans laquelle les adhérences au péritoine étaient si étendues qu'après l'extirpation de la tumeur, il ne put réunir complètement par une suture les déchirures et sections qu'il avait dû faire au péritoine de la fosse iliaque).

La paroi abdominale elle-même n'est pas à l'abri de l'envahissement cancéreux, comme en témoigne une observation de Kôrte, dans laquelle il fut obligé de réséquer un morceau de la paroi antérieure (3).

C'est à la suite de ces envahissements quelquefois considérables, que la tumeur peut parvenir jusqu'au niveau de l'ombilic, du rebord des fausses-côtes droites (4), faisant saillie à un endroit éloigné du siège du cancer primitif.

Le nombre et le volume des ganglions envahis peuvent varier dans des limites très étendues. Ils peuvent n'être ni tuméfiés ni indurés ; Hausmann, en effet, cite au moins deux cas de cancer de l'intestin,

(1) Du Castel, loco-citato.

(2) Observation 4.

(3) Observation 4.

(4) Observation 5.

dans lesquels les ganglions étaient absolument sains.

Les ganglions abdominaux, dans le cancer iléo-cœcal, ne sont donc pas toujours nécessairement dégénérés. Dans les observations que nous citons, assez souvent, il n'est point parlé de l'état des ganglions. Quand il est signalé, c'est pour noter leur envahissement, comme par exemple dans les cas du docteur Ilott, où les ganglions de l'aîne sont pris à droite et à gauche avec un ganglion droit plus volumineux (1).

Il serait important de savoir s'il y a des cas semblables aux deux que cite Hausmann, où les ganglions ne sont pas envahis, car ce fait de la possibilité du non-envahissement des ganglions, engagerait fortement à l'extirpation de la tumeur.

Histologie. — Dans la plupart de nos observations, l'examen microscopique a démontré que la tumeur cancéreuse iléo-cœcale était de l'adénocarcinome débutant très probablement par de l'adénome typique qui dégénère, et se combine avec l'épithélioma pour former de l'adénocarcinome (2).

(1) Observation 3.

(2) Observations 3, 4, 5, 6, 7.



Chapitre II

Symptomatologie

I. — DÉBUT

Habituellement, le cancer iléo-cœcal, dans sa période de début, alors qu'il ne produit ni rétrécissement intestinal, ni tumeur, ne traduit sa présence que par des phénomènes très effacés. Il peut même, dans certains cas, rester latent jusqu'à sa période ultime.

Ce que l'on remarque le plus souvent, c'est de la constipation pouvant avoir une durée très variable, de quelques jours à un an ; chez les uns, à cette constipation succède de longues périodes de diarrhée continue ; chez les autres, constipation et diarrhée alternent à peu près régulièrement.

Il existe toujours des phénomènes dyspeptiques plus ou moins accentués, se traduisant par des troubles mal définis, par de la lenteur des digestions, de la flatulence, de la constipation se terminant par une débâcle suivie d'amélioration temporaire ; puis, la

durée des périodes de constipation augmente, le ventre tend à se ballonner ; et bientôt, le patient offre à peu près les symptômes de l'obstruction chronique.

Les vomissements sont rares à cette période.

La douleur spontanée peut manquer, et la douleur provoquée par la pression sur l'abdomen, quand elle existe, est habituellement peu accentuée, diffuse, et intermittente.

La palpation même de l'abdomen ne donne aucun résultat le plus souvent, car il est bien rare qu'il y ait déjà une tuméfaction appréciable dans la fosse iliaque droite.

II. — PÉRIODE D'ÉTAT

1^o *Symptômes Fonctionnels*

a) *Douleur*. — Dans la plupart des cas, le malade se plaint de souffrances spontanées, et, il localise la douleur soit à la fosse iliaque droite, soit à l'épigastre ; M. Du Castel parle de deux malades dont il cite les observations, qui éprouvaient des douleurs épigastriques, donnant lieu à des crises pseudo-gastralgiques très violentes, ou provoquées et exaspérées par l'ingestion des aliments (1).

La malade de M. Rafin (2) avait des accès de coli-

(1) Observation 9.

(2) Rafin. Lyon médical, 1897.

ques habituels, devenant à un moment donné, intenses et répétés, puisqu'elle en souffrit jusqu'à 10 et 12 fois par jour; ces souffrances, localisées à la région péri-ombilicale, obligeaient la patiente à prendre la position assise, les coudes sur les genoux.

Ces coliques survenaient surtout après les repas (1).

Elles sont probablement la conséquence de contractions violentes auxquelles l'intestin est obligé de se livrer pour vaincre l'obstacle que le rétrécissement oppose à la circulation du contenu intestinal, et elles atteignent leur apogée quand la gêne de la circulation arrive à produire une obstruction complète.

b) *Constipation*. — La constipation manque rarement et peut devenir absolue dans le cas de rétrécissement très serré, mais elle est très irrégulière et peut même ne pas exister du tout, par exemple dans les cas où le cancer est localisé à l'une des parois de l'intestin. Il est bien rare que le rétrécissement occasionné par le cancer de l'iléo-coecal, soit assez accentué pour empêcher le rejet de gazs par l'anus. Ainsi M. Du Castel rapporte le cas d'un homme qui, bien que souffrant d'une constipation absolue depuis 21 jours, continuait à évacuer des gazs par l'anus (2).

Au contraire, un malade cité par le même auteur ne se plaignait que de diarrhée et jamais de constipation (3).

La malade de Rafin, n'avait ni constipation, ni

(1) Observation 2.

(2) Observation 9.

(3) Observation 10.

diarrhée, elle allait régulièrement tous les jours à la selle.

c) *Diarrhée*. — Dans la plupart de nos observations, la diarrhée alterne avec la constipation, bien que ses périodes soient habituellement moins longues que celles de la constipation. Le malade de M. Du Castel est le seul qui ne se soit plaint que de diarrhée.

De véritables débâcles de diarrhée peuvent succéder à une opiniâtre rétention, quand il se produit des phénomènes de fluxion congestive consécutive à l'ulcération du néoplasme : mais ces débâcles ont surtout lieu quand la valvule disparaît, subitement emportée à la suite de l'effort intestinal. Dans ces cas là, on peut retrouver la valvule iléo-cœcale au milieu de selles à fétidité spéciale, composées de matières fécales, de pus, de sang, de matières colloïdes.

a) *Vomissements*. — Tantôt il y a vomissements, tantôt il n'y en a pas.

Korte (1) n'en a observé qu'une fois (2).

La malade de Rafin raconte qu'elle n'a jamais vomi (3).

Presque tous les malades dont M. Du Castel rapporte l'histoire ont souffert de vomissements.

L'un n'avait que des vomissements muqueux et bilieux, assez fréquents, le matin surtout ; un autre des vomissements bilieux, puis alimentaires, sans

(1) Korte. — Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1895,

(2) Observation 6.

(3) Observation 2.

obstruction ; un troisième n'a vomî que des aliments, mais seulement à la période cachectique.

e) *Hémorragies.* — Le vomissement marc de café n'a été signalé que dans une des observations de M. du Castel (1).

Il n'a jamais été constaté de vomissements de sang pur, au moins dans nos observations. Chevet a cité un cas dans lequel un homme eut 7 hémorragies assez abondantes.

Deux seulement des malades dont nous rapportons l'histoire ont eu du melœna, l'un a été ohservé par M. du Castel (2), l'autre par M. Korte (3) ; celui-là eut pendant 3 semaines des selles noires de sang.

f) *Caractères des selles.* — Les selles ne présentent pas toujours des caractères spéciaux ; elles pourraient être filiformes, par exemple dans les cas où à l'autopsie on trouve les 2 lèvres de la valvule de Bauhin, rigides et ne laissant entre elles qu'un intervalle minime ; mais on ne l'a jamais remarqué. Assez souvent elles contiennent du mucus sanguinolent ; parfois du mucus (4).

Le malade n'a jamais de fièvre à moins qu'il ne se forme un abcès.

L'amaigrissement rapide du malade atteint de l'angle iléo-cœcal, son affaiblissement général considérable noté dans toutes les observations, en un mot

(1) Observation 2.

(2) Observation 2.

(3) Observation 6.

(4) Observations 3 et 7.

l'aspect général caractéristique des cancéreux, surtout des cancéreux du tube digestif, est bientôt le résultat des divers symptômes énumérés.

1° *Symptômes physiques*

Ce sont surtout les symptômes physiques qui permettent de faire le diagnostic exact de l'affection. Quels sont-ils ?

a) *Volume de la tumeur.* — Il est facile de concevoir, par l'étude anatomo-pathologique de la question, que le volume du cancer iléo-cœcal peut varier énormément. puisque on l'a trouvé tantôt de la grosseur d'une noix, tantôt de la grosseur d'un poing, de deux poings, et quelquefois beaucoup plus considérable.

Le volume de la tumeur dépendra principalement de l'envahissement ou de l'intégrité des ganglions qui, lorsqu'ils sont pris, peuvent atteindre un volume plus considérable que celui du cancer primitif.

Dans les cas où les ganglions ne seront pas envahis, et où il ne sera pas trop formé d'adhérences, le volume de la tumeur sera plus ou moins appréciable selon qu'elle siègera sur telle ou telle partie de l'angle iléo-cœcal, selon qu'elle formera une masse arrondie saillante, ou qu'elle s'étendra en se dissimulant sur une des parois de l'intestin, par exemple sur la paroi postérieure.

D'autre fois, le volume de la tuméfaction sera

plus ou moins appréciable, selon que l'abdomen sera plus ou moins souple ; la tumeur pourra même parfois échapper complètement au palper, par exemple dans les cas de ballonnement du ventre. Le fait suivant, rapporté par Du Castel, le prouve surabondamment : une femme âgée d'une cinquantaine d'années, est atteinte d'obstruction intestinale manifeste depuis 10 jours ; le diagnostic de la cause ne pût être fait qu'après une débâcle produite par un traitement approprié, débâcle faisant tomber la tension du ventre. M. du Castel, seulement à ce moment, sentit une tumeur du volume d'un marron, nettement située au siège du point de rencontre de l'iléon et du colon.

Pour toutes ces raisons, le volume appréciable du cancer iléo-cœcal peut être très variable.

Dans nos observations, deux fois la tumeur a été comparée au volume du poing, une fois à celui d'un marron, une autre fois à celui d'une noix.

Dans un ou deux cas de Korte, elle envahissait presque tout l'hypocondre droit ; cet envahissement donne une idée du volume qu'elle devait présenter.

b) *Forme*. — La forme de la tumeur, bien que variable, présente le plus souvent les caractères suivants : elle est bosselée, inégale, dure, ronde (1).

Dans l'observation prise dans le service de M. le D^{re} Monod, la tumeur donnait la sensation du bord antérieur d'un foie atteint de cancer secondaire ; la

(1) Observations 1, 2, 3, 12, 10.

tumeur, en effet, de la grosseur du poing, rappelait tout à fait au palper la sensation donnée par les bosselures multiples du cancer secondaire du foie.

Excepté dans les cas où il y eut formation d'abcès, et dans ceux où l'envahissement était considérable, la tumeur cancéreuse iléo-cœcale s'est toujours présentée sous une forme ronde, compacte, dure, inégale, bosselée.

Dans l'observation du D^r Ilott, la tuméfaction augmentait constamment dans la position assise.

c) *Mobilité de son siège.* — La mobilité du siège du cancer iléo-cœcal peut être vraiment remarquable. Rafin (1) rapporte qu'à l'examen de sa malade, on trouvait la tumeur dans la partie droite de l'abdomen ; qu'il était possible de la refouler en dehors, vers la région lombaire, sans que cependant elle put être conduite dans la région rénale. Si on tentait de la chasser vers la partie gauche de l'abdomen, on la sentait jusqu'à la ligne médiane, puis on la perdait ; elle pouvait être portée au contact du foie, et elle descendait sans difficulté dans la région iliaque jusque vers l'utérus. Sa saillie était alors très appréciable à la vue et à la palpation.

Dans une observation de Korte, la tumeur se dissimule en grande partie sous le lobe droit du foie, et si on la sort de cette position, elle se laisse déplacer dans toutes les directions, si bien qu'on fait le diagnostic de « Rein flottant » (2).

(1) Observation 2.

(2) Observation 6.

Dans l'observation de M. Monod, la tumeur paraît bien mobile sur l'utérus.

Dans celle du D^r Ilott, elle est aussi facilement mobilisable, surtout en dedans (1).

Dans les autres observations de Kôrte où la tuméfaction est peu ou pas mobile, l'immobilité relative ou complète est due, soit à la présence d'abcès sous lesquels se cache la tumeur, abcès occasionnant forcément de notables adhérences, soit au trop grand envahissement du cancer (2).

Malgré cette si grande mobilité, le siège de la tumeur est toujours le côté droit de l'abdomen, et quand on ne la déplace pas volontairement, il est bien rare que la tuméfaction soit éloignée de la fosse iliaque droite.

d) *Sensibilité à la pression.* — L'observation seule du D^r Rafin rapporte que la pression de la tumeur provoquait de la douleur. Dans celle de M. Monod, la malade n'accusait aucune douleur, même à une pression assez forte.

Le D^r Ilott et Kôrte ne notent point le résultat de leurs constatations.

Dans une observation du D^r du Castel, la région épigastrique et la fosse iliaque sont douloureuses à la pression, mais il n'y est pas perçu de tumeur (3).

D'après ces résultats, le symptôme « douleur à la pression », ne semble pas devoir mériter qu'on y

(1) Observation 3.

(2) Observations 4-5.

(3) Observation 11.

attache grande importance, puisque, tantôt il y a douleur, tantôt il n'y a pas douleur.

e) *Etat des ganglions*. — Rien d'important n'est signalé dans les diverses observations, sur l'état des ganglions, sans doute que dans les cas de cancer de cette région, ils n'offrent rien de particulier. Le Dr Ilott, seul, a signalé l'état des ganglions, en constatant la tuméfaction de ceux des deux aînes, et notamment celle de l'un des ganglions du côté droit (1).

C'est cependant l'envahissement secondaire des ganglions de l'abdomen, du mésentère et de la fosse iliaque qui fait, parfois, acquérir un volume considérable à la tumeur.

La percussion de la tumeur donnera évidemment des résultats variables, suivant que la tuméfaction sera bien limitée, ou au contraire, confondue avec les organes voisins, grâce aux adhérences.

Dans certains cas, le toucher rectal et le toucher vaginal donneront des renseignements sur la tuméfaction. Le plus souvent, ils ne donneront aucun résultat, car il est assez rare que la tumeur soit perceptible par le vagin ou le rectum. Et, il semble qu'il serait à souhaiter qu'il en fut toujours ainsi, pour la sécurité du diagnostic à en juger par les deux seuls cas où le toucher vaginal donne quelque résultat.

Dans l'un, celui du Dr Rafin, la tumeur descend sans difficulté dans le cul-de-sac latéral et le cul-de-sac postérieur, donnant absolument l'impression d'un fibrome; il semble même que l'impulsion en haut

(1) Observation 3.

imprimée à la tumeur, se propage quelque peu à l'utérus.

Dans l'autre, celui du D^r Monod, par le toucher vaginal, l'utérus paraît normal et mobile ; la malade accuse une violente douleur quand on le mobilise.



Chapitre III

Diagnostic

1° Quand il n'y a pas de tumeur perceptible

Tant que, par tous les moyens d'exploration, on ne découvrira point de tumeur dans l'abdomen ; tant que le malade ne se plaindra que de troubles dyspeptiques plus ou moins variables ; souvent même peu accentués, que de douleurs fugaces et difficiles à localiser, tant que son attention n'aura pas été attirée par une constipation opiniâtre, pouvant alterner avec des périodes de diarrhée, tant que ses selles ne présentent point de particularités, le diagnostic de cancer iléo-cœcal, croyons-nous, sera impossible.

Quand les symptômes que nous avons énumérés dans le chapitre précédent, c'est-à-dire les troubles digestifs, la constipation, la diarrhée, les vomissements, les coliques avec leurs caractères particuliers, se seront accentués, on pourra le plus souvent porter le diagnostic d'obstruction intestinale, à la condition d'écarter la péritonite chronique, tuberculeuse ou

cancéreuse, dont le palper abdominal révélerait l'existence, l'entérite chronique et la tuberculose intestinale qui, à part des cas exceptionnels, seraient reconnues, grâce à leurs symptômes particuliers et à leur histoire.

Une fois le diagnostic d'obstruction intestinale porté, comment arriverons-nous à déterminer le siège et la cause de cette obstruction.

A. — DÉTERMINATION DU SIÈGE DE L'OCCLUSION INTESTINALE

La douleur peut être localisée par le malade à la région cœcale. Besmier attache beaucoup d'importance à ce fait. D'après lui, il peut y avoir plusieurs points douloureux, mais en insistant, on finit par reconnaître que le plus sensible de ces points siège sur l'obstacle.

Il ne faut pas, cependant, exagérer l'importance de ce signe, car dans des cas d'étranglement cœcal, on a vu la douleur se manifester vers l'ombilic.

Dans certains cas d'obstruction chronique, des malades désignaient avec précision un point de leur abdomen au niveau duquel commençaient ou se terminaient les contractions intestinales. Ce signe pourra donc, parfois, attirer l'attention vers le cœcum.

Peut-être pourra-t-on ajouter foi à la variété de ballonnement, quand il y en aura. Ainsi la région ombilicale soulevée, l'abdomen globuleux en avant et les flancs aplatis et peu développés, doivent faire soup-

çonner que l'obstacle occupe la fin de l'intestin grêle.

Une notable diminution des urines, dans le cas d'occlusion chronique seulement, car dans l'occlusion aiguë interviennent des phénomènes nerveux, indique une insuffisance d'absorption intestinale, par suite, un obstacle situé dans les régions supérieures de l'intestin, et par là même est un signe négatif d'obstacle siégeant au cœcum, dans une région intestinale où l'absorption est déjà très faible.

Les difficultés auxquelles se heurtait le clinicien, chaque fois qu'il fallait reconnaître la présence d'un obstacle situé dans la région cœcale de l'intestin, alors que cet obstacle ne trahissait son existence par aucune sorte de tumeur, ont donné naissance à des procédés d'investigation tous plus ingénieux les uns que les autres, mais généralement bien peu pratiques.

On s'est servi d'injections d'eau dans le gros intestin, se basant sur ce fait, que cette partie de l'intestin a une capacité d'environ 2 litres. Donc, si l'obstacle siége au commencement du gros intestin, on devrait pouvoir injecter 2 litres d'eau ou une quantité très voisine de 2 litres.

Mais, la capacité du rectum et du colon est bien moins fixe que ne pourrait le faire croire l'évaluation ci-dessus ; puis, pour avoir un résultat méritant qu'on y attache de l'importance, il faudrait que le cancer partant du cœcum remonte très haut dans le colon en obturant sa lumière. Or, à notre connaissance, il n'y a pas d'observation de cancer iléo-cœcal de ce genre.

Kôrte rapporte un autre procédé dans lequel on insuffle de l'air dans l'intestin par le rectum. Si tout le gros intestin se gonfle, c'est que l'obstacle siège au-dessus de lui, sur l'intestin grêle.

Ce procédé peut lui aussi rencontrer des difficultés insurmontables ; par exemple, dans le cas où le cancer de la partie inférieure du colon ascendant coïncide avec une largeur anormale de ce même colon, ou bien dans celui, assez fréquent, comme nous avons pu le constater, où l'envahissement cancéreux est limité à l'une des parois de l'intestin, sans empiéter sur sa lumière.

D'après Bouveret (1), la dilatation cœcale indique que l'obstacle est situé plus bas, c'est-à-dire sur le gros intestin ; l'absence de dilatation se rapporte, au contraire, à une occlusion de l'intestin grêle. Sur 7 malades qu'il a observés, 6 fois, par ce procédé, il put se rendre compte si l'obstacle siégeait sur le gros ou le petit intestin.

Voici les moyens sur lesquels Bouveret s'appuie pour reconnaître la dilatation du cœcum :

1° Dans la fosse iliaque droite, il existe un clapotement permanent à timbre amphorique.

2° Au moment des contractions intestinales douloureuses, il se manifeste un soulèvement en dos d'âne de la paroi abdominale, allant de la fosse iliaque vers le rebord costal.

3° Le météorisme est plus prononcé, même dans

(1) Bouveret. *Lyon médical*, 1887.

l'intervalle des coliques à droite de l'ombilic que du côté gauche.

4° Au moment des coliques, c'est par la fosse iliaque droite que débutent les contractions intestinales.

5° Le maximum de douleur, spontanée ou provoquée, siège dans la fosse iliaque droite.

La constatation de ces signes de dilatation cœcale, dans les cas d'occlusion par cancer de la région cœcale, ne pourra servir que lorsque l'envahissement cancéreux n'oblitérera exclusivement que le côlon, ménageant le cœcum et l'iléon; et ces faits de limitation cancéreuse, paraissent rares.

L'absence de ces signes aidera au diagnostic du siège de l'occlusion, en permettant, au moins relativement, de ne plus s'inquiéter de presque toute la totalité du gros intestin.

B. — DÉTERMINATION DE LA CAUSE DE L'OCCLUSION INTESTINALE.

Après avoir, au moyen des signes précédemment indiqués, essayé de rechercher quel est le siège de l'occlusion intestinale, et sans nul doute, on le découvrira dans un certain nombre de cas, il reste à en reconnaître la cause, c'est-à-dire à reconnaître la présence du cancer iléo-cœcal.

Quelles sont donc les affections qui, dans les cas d'occlusion intestinale, peuvent simuler le cancer

iléo-cœcal, alors que ce dernier ne traduit sa présence par aucune tuméfaction ?

a) *Dans le cas d'occlusion chronique.* — Ce sont surtout le rétrécissement, et l'invagination chronique.

Le rétrécissement intestinal simple peut en effet, donner lieu aux mêmes symptômes que le cancer ; cependant il ne provoque pas de selles sanglantes. Et, généralement, l'histoire du malade en fera supposer l'existence. Si le malade est jeune, si l'on note dans ses antécédents de la dysenterie, de la fièvre typhoïde, s'il existe des signes de tuberculose, ou enfin, si antérieurement, l'abdomen a reçu une contusion, on aura beaucoup plus de chances d'avoir affaire à un rétréci de l'intestin qu'à un cancéreux, et il ne faut pas oublier que ce n'est que dans quelques cas exceptionnels que le rétrécissement intestinal se présente avec tous les symptômes fonctionnels du cancer, puisque le rétrécissement, à moins d'une coïncidence dont il faudra toujours se méfier, ne donne pas d'écoulement de sang par l'anus.

L'invagination chronique peut, elle aussi, offrir une assez frappante similitude de signes avec le cancer. Mais dans 60 % des cas, d'après Trèves (1), elle occasionne une tumeur à forme de boudin, molle. De plus, dans l'invagination chronique, la diarrhée est beaucoup plus fréquente que la constipation, le ténésme est très accentué. Et, point capital, l'invagi-

(1) Trèves; Société médicale de Londres, 1887.

nation chronique est l'apanage de l'enfance et du commencement de l'âge adulte.

Enfin, certaines occlusions chroniques par larges adhérences peuvent encore simuler le cancer par leurs symptômes fonctionnels, mais ces adhérences le plus souvent perceptibles, sont toujours produites, soit par de la tuberculose, soit par de l'inflammation des organes pelviens, qu'il sera toujours possible de reconnaître.

b) *Dans le cas d'occlusion aiguë.* — Les affections qui, sans provoquer de tumeur, donnent lieu à des symptômes d'occlusion aiguë, sont, le plus souvent, la péritonite aiguë, le volvulus, les calculs biliaires.

Or, la péritonite aiguë, ne présente pas les mêmes antécédents que le cancer. Quand c'est elle qui donne lieu aux symptômes habituels de l'occlusion aiguë, la constipation est moins complète, le malade peut encore évacuer quelques gazs par l'anus, les vomissements sont moins habituellement fécaloïdes. La généralisation de la douleur très superficielle est beaucoup plus rapide, le plus souvent, dans les cas de péritonite aiguë, la température est élevée, au moins au début, tandis que dans l'occlusion aiguë typique occasionnée soit par un cancer, soit par une autre cause, la température s'abaisse généralement au début de la crise.

Le volvulus siège habituellement sur l'S illiaque, et n'est point précédé de signes de rétrécissement intestinal ; il provoque une douleur vive, précoce, d'abord

intermittente, puis continuë, réveillée par la pression dans la fosse iliaque gauche.

Les calculs biliaires, comme le volvulus, ne sont point précédés de symptômes ou d'occlusion chronique. De plus, ce n'est guère que chez les vieillards que des calculs biliaires oblitèrent ainsi la lumière intestinale ; et, l'on a toujours pour éclairer le diagnostic, les commémoratifs qui relatent des attaques de coliques hépatiques, dans le passé du malade

2° Quand il y a une tumeur perceptible.

Nous éliminons, tout d'abord, du cadre de notre diagnostic, les tumeurs abdominales utérines, ovariennes ou autres, qui, par une compression possible de l'intestin, pourraient, à la rigueur, faire songer à la présence d'un cancer iléo-cœcal ; nous agissons de même avec les différentes péritonites chroniques qui, nous semble-t-il, sont suffisamment caractérisées par leur marche et leurs symptômes spéciaux, excepté dans les cas où le ballonnement est considérable.

Nous ne discuterons le diagnostic de cancer de l'angle iléo-cœcal qu'à propos des affections avec lesquelles ce cancer peut être ou a été le plus souvent confondu.

A notre connaissance, ces affections sont : les occlusions par matières fécales, par invagination chronique (nous laisserons de côté cette dernière cause d'occlusion, puisque nous en avons parlé un peu plus

haut), les tumeurs fibromateuses de l'utérus, les tumeurs ovariennes, les tumeurs du rein, le rein flottant, l'appendicite et la tuberculose cœcale.

a) *Occlusion par masses fécales.* — Ce genre d'occlusion s'observe de préférence chez des femmes adultes, hystériques, et chez les aliénés ; les antécédents de cette affection peuvent être confondus avec ceux du cancer, puisque le point important de ces antécédents est la constipation par longues périodes. La douleur n'est accusée par les malades atteints d'occlusion par masses fécales, qu'à une période très avancée de la maladie, et quant il y a douleur, elle est localisée à un point fixe, ce qui n'est qu'exceptionnellement le cas du cancer cœcal. Les coliques, habituelles, se rapprochent beaucoup par leurs caractères de celles occasionnées par le cancer. Les vomissements sont tardifs, et rarement fécaloïdes.

Les gardes-robes contiennent des matières dures, ovillées, évacuées après de violents efforts ; quelques fois se produisent des évacuations diarrhéiques ; mais, malgré les évacuations, la tumeur ne disparaît pas.

A la palpation, on perçoit une tuméfaction pâteuse, gardant l'empreinte des doigts, bien loin par conséquent de présenter les caractères de la tumeur cancéreuse toujours dure, compacte, bosselée ; d'autres fois on sent sous les doigts une série de masses arrondies, dures, mobiles, échelonnées le long du gros intestin ; la sensation seule de plusieurs masses mobiles doit éloigner l'idée de cancer.

Et lorsque pour une raison ou pour une autre, le

palper est rendu difficile, l'étude des antécédents et des symptômes fonctionnels suffira le plus souvent, pour mettre dans la bonne voie.

b) *Tumeurs fibromateuse de l'utérus.* — De prime abord, il peut sembler étrange de parler des fibromes de l'utérus, à propos du cancer iléo-cœcal. Cependant l'observation du D^r Rafin (1) nous indique nettement que ce diagnostic peut avoir besoin d'être fait.

Cet auteur ne dit-il pas, en effet, que, quand la tumeur très mobilisable avait été refoulée dans le cul de sac latéral droit et le cul de sac postérieur, on avait absolument la sensation d'un fibrome, d'autant plus que l'impulsion en haut donnée à la tumeur, se propageait quelque peu à l'utérus. Supposons pour un instant, que dans l'observation du D^r Rafin, la tumeur fut adhérente aux ligaments larges comme dans le cas observé par M. le docteur Monod. Qui, alors, n'aurait pas songé à l'existence d'un fibrome ? Nous savons bien que le fibrome de l'utérus traduit sa présence par des signes importants, par l'augmentation de la cavité utérine, par des hémorrhagies utérines ; mais, n'existe-t-il pas des fibromes sous-péritonéaux, pédiculés, sans connexions utérines, ne donnant ni pertes sanguines, ni agrandissement de la cavité de l'utérus ? Et, est-ce que le cancer iléo-cœcal ne peut pas coïncider avec des pertes hémorrhagiques ou autres, occasionnées, par exemple, par une métrite.

(1) Observation 2.

Que ce simple aperçu suffise pour nous donner une idée des difficultés que l'on peut rencontrer, dans certains cas, pour diagnostiquer cancer iléo-cœcal ou fibrome. Et, la plupart du temps, le seul fait de penser à la possibilité de l'erreur, suffira pour ne pas la commettre.

c) *Tumeurs ovariennes.* — Il importe de parler de ces tumeurs, puisque dans l'observation de M. le Dr Monod, un cancer iléo-cœcal fut pris, par deux professeurs différents et après de longs examens, pour un cancer de l'ovaire droit.

Éliminons tout d'abord les tumeurs suppurées de l'ovaire et des annexes dont le diagnostic a l'habitude de s'imposer par la marche de la température et les renseignements donnés par le toucher vaginal joint au palper abdominal.

Parfois peut-être pourrait-on hésiter en face d'une inflammation non encore suppurée des annexes droites; mais, là encore, l'âge de la malade, les commémoratifs symptomatiques de ces affections, les troubles de la menstruation, les pertes, la sensibilité exquise toujours réveillée à la pression, ne permettront point de douter longtemps.

Quant aux tumeurs solides de l'ovaire, fibrome, sarcome, cancer, comment les distinguer du cancer iléo-cœcal ?

Le plus souvent, ces affections ne s'accompagneront pas de troubles digestifs aussi accentués que ceux que l'on remarque habituellement dans le cancer iléo-cœcal; ces troubles seront prédominants, quant ils

seront le résultat de la compression de ces tumeurs sur l'intestin ; mais dans ce cas, les dimensions de la tumeur faciliteront le diagnostic. Mais d'un autre côté, nous savons aussi que, parfois, le cancer iléo-cœcal évolue sans provoquer de troubles intestinaux importants comme, par exemple, dans l'observation du D^r Rafin ; et c'est dans ce cas particulier que le diagnostic de cancer cœcal peut être rendu très épineux.

Ainsi, le fibrome de l'ovaire, bien qu'il donne souvent la sensation d'une surface lisse, peut être irrégulier, mamelonné comme le cancer iléo-cœcal. Le toucher vaginal pourra donner des renseignements en faveur d'une tumeur siégeant sur les annexes, mais le cancer cœcal ne peut-il pas y adhérer, puisque dans l'observation du D^r Ch. Monod il adhérerait au ligament large.

On en sera réduit, alors, à se rabattre sur l'aspect général de la malade, son âge, à attendre des faits nouveaux, à surveiller la marche de l'affection qui, dans le cas de fibrome, aura des tendances à prendre des dimensions plus considérables. .

Le sarcome de l'ovaire a, en sa faveur des signes caractéristiques, sa marche rapide et sa tendance à une prompte généralisation.

Dans quelques cas, comme en témoigne l'observation de M. Monod, on pourra confondre le cancer iléo-cœcal avec le cancer de l'ovaire droit. C'est alors qu'il faudra scruter les symptômes fonctionnels propres au cancer de l'intestin, surveiller les selles, les

examiner, savoir analyser les caractères qu'offrira la tumeur ; et ce n'est que par une critique analytique de ces divers signes que l'on pourra, à la rigueur, se former une opinion.

d) *Tumeurs du rein*. — Le cancer iléo-cœcal peut encore être confondu avec des tumeurs du rein, quand la tuméfaction au moyen d'adhérences et par formation de tumeurs secondaires, remonte jusqu'à la région lombaire. Czerny rapporte un cas de ce genre qu'il opéra pour une tumeur rénale ; les adhérences étaient si importantes qu'au cours de l'opération, il sectionna l'uretère ; ce qui l'obligea à faire une néphrectomie,

Dans l'hypothèse de tumeur rénale, on a, le plus souvent, soit des hématuries, comme dans le cancer ou la tuberculose, soit des éléments anormaux dans l'urine. De plus, il faut insister sur les commémoratifs, demander si l'évolution de la tuméfaction s'est faite de haut en bas ou de bas en haut. Et, dans les cas douteux, il est bien rare, que par un interrogatoire serré, on n'arrive point à relever des phénomènes de sténose intestinale antérieure à l'existence de cette tumeur considérable.

Le rein flottant peut encore entrer en ligne de diagnostic, à propos du cancer iléo-cœcal, comme nous le montre l'observation de Korte (1) dans laquelle un cancer cœcal fut pris pour un rein flottant, à cause de sa surprenante mobilité.

(1) Observation 6.

Avertis que le cancer de la région cœcale est souvent très mobile, nous ne croyons plus cette erreur possible, car la mobilité mise à part, le rein flottant s'accompagne de symptômes qui ne ressemblent guère à ceux du cancer iléo-cœcal.

Il ne donne pas de signes de sténose, et se rencontre très bien chez une personne jouissant d'un très bon état général.

Il a, de plus, en sa faveur ses propres signes physiques. Il donne la perception d'une tumeur lisse laissant souvent sentir sa forme spéciale, alors que le cancer est avant tout inégal et sans forme particulière. Et, la compression du rein produit habituellement une douleur locale pouvant irradier vers la région inguinale ou vers le méat lui-même.

e) *Appendicite. Inflammation cœcale.* — Dans la présentation d'un malade opéré de cancer cœcal, Korte (1) rapporte ce fait : que la plupart des malades atteints de cancer iléo-cœcal qu'il a vus, lui ont été amenés sous le diagnostic d'inflammation cœcale.

La marche des deux affections, cependant, présente bien des différences.

Si le cancer a donné des poussées aiguës, des crises de coliques violentes, ces crises étaient accompagnées de très longues périodes de constipation, d'occlusion incomplète, de selles souvent glaireuses, sanguinolentes.

La fièvre n'a jamais été notée dans le cancer que

(1) Korte. Berlin Klinische Wochenschrift, 1893.

dans les cas, relativement rares, où il s'est compliqué d'abcès.

Les crises douloureuses provoquées par le cancer sont loin d'avoir un siège aussi précis que dans l'appendicite. De plus, dans le cas de cancer, l'exploration de l'abdomen ne donne jamais lieu à la douleur si vive provoquée chez le malade atteint d'appendicite. Enfin, l'âge et surtout l'état général permettront souvent de faire un diagnostic certain.

f) *Tuberculose cœcale*. — Le diagnostic entre tuberculose et cancer du cœcum sera toujours très difficile et souvent même impossible. Comment pourrait-il en être autrement, en clinique, alors qu'anatomiquement la tuberculose cœcale peut simuler à s'y méprendre le cancer, comme le prouve une curieuse observation publiée par Hartmann et Piliet, dans laquelle il n'y avait pas amincissement des parois du canal intestinal, mais épaissement très marqué, d'où formation d'une tumeur évoquant l'idée d'un néoplasme. L'histologie seule prouva que c'était bien une lésion tuberculeuse.

Malgré tout, cependant, quand on se trouvera en présence d'un malade âgé de plus de 40 ans, sans antécédents tuberculeux, ni héréditaires, ni personnels, présentant une tumeur peu douloureuse au toucher, dure, bosselée, inégale, avec des signes de sténose intestinale et avec des selles glaireuses et sanguinolentes, n'ayant jamais eu de fièvre, il ne faudra pas hésiter à diagnostiquer cancer du cœcum ? Mais ces cas aussi tranchés sont extrêmement rares.

D'ailleurs, au point de vue du traitement, il n'est pas indispensable de faire le diagnostic ferme de tuberculose ou de cancer du cœcum, puisque l'un et l'autre réclament la même intervention chirurgicale.

Complications

Pronostic quand on n'opère pas.

Les complications habituelles auxquelles est exposé le malade atteint de cancer iléo-cœcal sont la perforation intestinale suivie de péritonite, et l'obstruction intestinale aiguë, dont les accidents succèdent brusquement aux signes d'obstruction chronique.

Des abcès stercoraux peuvent aussi se produire, faisant communiquer l'intestin soit avec les organes voisins, vessie, utérus, soit avec la paroi abdominale.

Kôrte cite deux malades chez lesquels un abcès cachait la tumeur cancéreuse, et avait fait porter le diagnostic d'inflammation cœcale.

Enfin, inutile de le dire, le cancéreux cœcal, comme celui de n'importe quel organe, peut toujours s'attendre à voir se généraliser la néoplasie.

Mais, pour avoir une idée plus précise des accidents qui guettent notre cancéreux, des probabilités de la date d'échéance de ces accidents, en un mot,

pour essayer de nous rendre un compte un peu plus exact de la durée de vie à laquelle il peut bien avoir le droit de prétendre, interrogeons celles de nos observations qui rapportent l'histoire de ces malades, atteints de cancer iléo-cœcal, qui n'ont pas été opérés.

Kôrte en signale deux cas (1) : dans le premier, 21 mois après la découverte de la tumeur, se produisent une occlusion intestinale, un anus artificiel, et la mort arrive deux mois plus tard.

Dans le deuxième, c'est une femme âgée de 41 ans, qui a, depuis 4 ans, dans la fosse iliaque droite, une tumeur qui n'occasionne aucune gêne. Quand elle se présente à l'hôpital, la tumeur grossit depuis quelque temps. Il se forme un abcès. Six semaines plus tard, perforation de la vessie, 4 mois après, mort dans le marasme.

M, du Castel cite cinq cas (2) :

Dans le premier, le malade ne se sent fatigué que depuis un mois ; depuis cette époque, il a des digestions difficiles, des douleurs épigastriques. Il entre à l'hôpital, et cinq jours après meurt de péritonite.

Dans le deuxième, la malade souffre depuis six mois ; elle entre à l'hôpital le 3 avril, et meurt le 16 mai suivant, de péritonite cancéreuse.

Dans le troisième, c'est un homme qui souffre depuis six semaines, entre à l'hôpital le 9 décembre ; le 17, succombe à la suite d'obstruction intestinale.

(1) Observations 13 et 14.

(2) Observations 8, 9, 10, 11, 12.

Dans le quatrième, on constate la tumeur cœcale pour la première fois, à la fin d'août ; le malade meurt le 4 février suivant, dans la plus profonde cachexie.

Enfin dans le cinquième, le malade, âgé de 76 ans, meurt dans le coma, à la suite de diarrhée incoercible, 7 mois après avoir ressenti les premiers troubles.



Chapitre IV

Intervention chirurgicale

1° *Indications opératoires*

Intentionnellement, nous laisserons de côté les cas d'occlusion aiguë, provoquée par le cancer iléo-cœcal ; car, le plus souvent, dans ce cas-là, le chirurgien a la main forcée, et sa conduite se base surtout sur le degré de résistance qu'offre le patient.

En présence d'un malade qui souffre, qui a une tumeur, et qui maigrit, et c'est ainsi, comme le montrent nos observations, que se présentent la plupart des malades atteints de cancer iléo-cœcal, quelle conduite doit-on tenir ?

Ou bien on n'a pu faire de diagnostic précis, hésitant entre tumeur de l'ovaire, des annexes, etc.

Dans cette hypothèse, la règle est, croyons-nous, d'intervenir par la laparotomie exploratrice ; dans quel cas, en effet, sera-t-elle plus indiquée qu'ici, où l'on a tout à la fois souffrances, amaigrissement et tumeur abdominale.

Ou bien, et c'est ce qui arrivera plus souvent, on n'hésitera qu'entre tuberculose et cancer du cœcum. Dans ce cas-là, notre conviction intime est que le chirurgien doit intervenir (à moins cependant qu'il n'y ait des contre-indications sérieuses ; contre-indications dont nous parlerons plus loin).

En effet, si on a affaire à une affection tuberculeuse, à la rigueur, on pourrait espérer une guérison radicale de la tumeur. Mais les chances en faveur de cette supposition sont si faibles, les souffrances du malade qui dépérit de plus en plus sont si pénibles, l'état où il se trouve est si pitoyable, les dangers locaux auxquels il est exposé, c'est-à-dire l'obstruction aiguë, la perforation intestinale, sont si imminents, que ce serait une témérité de mettre sa confiance dans ce si minime espoir.

Et, on doit se déterminer à intervenir chirurgicalement, d'autant plus que les chances de la réussite opératoire sont très favorables, comme en témoigne la statistique de la thèse du D^r Baillet (1).

Si, au lieu d'être une lésion tuberculeuse, c'est un carcinome du cœcum, le malade n'a même plus cette si minime chance du tuberculeux, de guérir sans intervention ; et, il est infailliblement voué, en supposant qu'il ne soit pas emporté par l'un des accidents énumérés plus haut, à la misérable mort du cancéreux, dans le marasme et la cachexie, après les plus terribles souffrances.

(1) Baillet. Thèse de Paris, 1894.
Sambon

Où bien, enfin, le diagnostic ferme de cancer iléo-cœcal aura été porté.

Dans ce cas-là, encore moins que dans le précédent, l'hésitation ne sera permise, puisque nous savons le sort réservé à notre malade, si on ne l'opère pas. Nous verrons plus loin les contre-indications opératoires, et les résultats de l'opération.

2° *Procédés opératoires.*

L'intervention chirurgicale décidée, quel procédé opératoire doit-on choisir, car on a le choix entre les trois modes d'intervention suivants :

A. *Anus contre-nature*. — L'avantage de l'opération de l'anus contre nature est qu'elle est d'une bénignité relative ; mais cet avantage est fortement contrebalancé par l'ennui de laisser au malade une infirmité de cette nature.

De plus, en laissant la lésion marcher son train, on ne fait rien contre les complications qu'amène inévitablement sa généralisation ou son extension.

Aussi, croyons-nous que cette opération doit être réservée aux seuls cas où l'état d'affaiblissement du patient ne peut permettre une plus longue opération, et encore à ceux d'occlusion aiguë.

B. *Entéro-anastomose* (de Maisonneuve). — L'entéro-anastomose se recommande aussi par sa bénignité résultant de la rapidité d'exécution.

Mais elle a l'inconvénient de rendre possible l'ac-

cumulation des matières fécales dans le segment qui reste ; et, de même que l'anus contre nature, en ne touchant pas à la lésion, elle ne met aucun frein à l'envahissement de la tumeur.

C. Résection du segment iléo-cæcal et entérorraphie consécutive. — C'est la seule opération radicale du cancer iléo-cæcal, puisque, par la résection du segment iléo-cæcal, elle s'efforce d'extirper le mal cancéreux, et par l'entérorraphie, elle évite l'infirmité de l'anus contre nature.

On a fait le reproche à cette opération d'être un trompe-l'œil : le cancer est enlevé, mais le cancéreux demeure cancéreux.

Oui, la récurrence cancéreuse est la règle ; mais nous n'avons pas la prétention de vouloir toujours l'éviter, recherchant avant tout le mode opératoire qui soulage le plus le malade, et pour le plus de temps.

Or, nous croyons que ce mode opératoire est la résection du segment iléo-cæcal, suivie d'entérorraphie. Les résultats post-opératoires, que nous citerons à la fin, semblent le prouver surabondamment.

3° Résection du segment iléo-cæcal. — Entérorraphie consécutive

PRÉPARATION DU MALADE

La préparation a pour but de vider l'intestin et de le désinfecter, comme dans les autres opérations

sur le tube intestinal ; on y arrive au moyen de purgatifs légers et par la diète lactée.

Korte (1) recommande de donner, le soir de la veille et le matin de l'opération, 1 gramme de bismuth, et peu de temps avant l'opération, 15, 20 gouttes d'opium en lavement avec, comme excitant, 20, 30 centimètres cubes de cognac.

Quand les purgatifs sont mal supportés, on peut s'abstenir pendant un certain temps, tout au moins, jusqu'à ce que, sous l'influence du régime lacté, l'intestin ait évacué son contenu.

Parfois, si le malade est trop affaibli, s'il vient, en particulier, de traverser une crise d'obstruction, il y aura avantage à attendre que ses forces se soient un peu relevées.

Opération

A. — INCISION DE LA PAROI ABDOMINALE

On ne peut hésiter, pour ouvrir la cavité abdominale, qu'entre la laparotomie médiane et la laparotomie latérale sur le bord du muscle grand droit, bien que l'incision lombaire ait été faite dans un cas ou deux rapportés dans la thèse de M. Baillet.

D'après nos observations, l'incision la plus employée est la latérale, partant du milieu de l'arcade de Fallope pour remonter vers la région cœcale, soit ver-

(1) Korte. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 1895.

ticalement, soit en décrivant une courbe à concavité tournée en dedans.

La longueur de l'incision dépendra du volume que présente la tumeur, puisque, dans un cas de Korte, l'incision remontait jusque auprès du rebord des fausses côtes.

Si l'on suppose un volume considérable à la tumeur, peut-être serait-il plus avantageux de faire une longue incision médiane en prévision, du cas où l'on ne pourrait anastomoser l'intestin grêle qu'avec l'S iliaque.

B. — RÉSECTION DU SEGMENT ILÉO-CŒCAL

Où la tumeur est très mobile, sans adhérence, et la résection est des plus faciles ; ou bien la tumeur est une masse irrégulière, méconnaissable, adhérente à tout ce qui l'avoisine, comme dans le cas de M. Monod, et l'opérateur se heurte à toutes sortes de difficultés.

Et, il est difficile, avant l'opération, de savoir si on aura affaire à une résection facile ou non ; car, souvent, alors que la tumeur est très mobilisable à travers la paroi, on la trouve en réalité prise par de très fortes adhérences ; et, d'autres fois, elle est très peu mobile, alors qu'elle a peu d'adhérences.

La coprostase sur l'iléon se fait, soit au moyen de lanières de gaze iodoformée, comme dans les cas du D^r Monod et du D^r Ilott, soit au moyen de pinces garnies de tubes de caoutchouc. Il est à remarquer que

les tuniques ne craignent pas trop l'attrition des pinces.

La section de l'iléon faite, on dissèque les adhérences soit aux ciseaux, soit au bistouri, soit avec les doigts, c'est-à-dire comme l'on peut, jusqu'à ce qu'on arrive à la partie saine du colon ascendant. On fait la coprostase du colon comme celle de l'iléon, et on le sectionne.

La section du mésentère se fait après sa ligature en chaîne ; on peut aussi le sectionner en pinçant successivement les vaisseaux qui saignent, comme l'indique le D^r Baillet dans sa thèse.

En sectionnant le mésentère, il y a deux écueils à éviter, les vaisseaux iliaques dont la blessure n'a pas été signalée, et l'uretère ; Korte et Baillet cite le cas de Czerny qui, à la suite de la blessure de l'uretère, fut obligé de pratiquer une néphrectomie.

A. — ENTÉRORRAPHIE

Nous avons le choix entre plusieurs procédés que nous allons énumérer rapidement.

a) *Procédé de Billroth*. — Ce procédé, le premier qui vienne à l'esprit, consiste à réunir directement les deux bouts de l'intestin sectionné. Malheureusement les deux sections intestinales sont de dimensions différentes, puisque l'intestin grêle offre un diamètre moins considérable que celui du gros intestin. Pour les rendre égales, Billroth diminuait le diamètre du gros intestin par une suture. C'est dans ce fait que

réside la difficulté ; et, de plus, il est prouvé que cette suture lâche assez souvent à l'endroit précis où elle se termine, c'est-à-dire là où elle rencontre l'intestin grêle.

Billroth, dans les derniers temps, ne se servait d'ailleurs plus de ce procédé. Chaput a imaginé d'augmenter le diamètre de l'intestin grêle, en le sectionnant obliquement. De cette façon, on n'a plus besoin de la suture d'une partie de la section du gros intestin.

b) *Procédé de Kocher*. — Par ce procédé, on obture la section du gros intestin ; puis on abouche le bout sectionné de l'intestin grêle au gros intestin, au moyen d'une incision faite au préalable sur la paroi de cet intestin. L'abouchement se fait le plus souvent par une suture ; on le fait encore au moyen du bouton de Murphy, et avec les plaques en os décalcifiées de Senn. Nous croyons la suture plus recommandable.

c) *Entéro-anastomose*. — Dans un premier temps on obture les deux bouts sectionnés du gros intestin et de l'intestin grêle ; pour cela, on prend d'abord toutes les tuniques intestinales dans un surjet à la soie fine ; ce surjet a l'avantage de faire l'hémostase de la tranche de section ; puis on enfonce le plus possible la tranche de section dans la lumière intestinale, et on enfouit ce premier surjet sous une suture à la Lembert.

Doyen obture les deux bouts de l'intestin en mettant une pince sur le gros intestin et sur l'intes-

tin grêle, en dehors de la tumeur ; il place ensuite une forte ligature, en dehors de ses pinces, sur l'intestin, et il sectionne entre les deux. Après cela il suture les tranches de section par un surjet.

Dans un deuxième temps, quand les bouts sectionnés sont bien obturés, on procède à l'anastomose latérale des deux intestins.

Ce procédé d'entérorraphie par entéro-anastomose nous paraît être le plus solide et le plus simple, et par là même le plus recommandable.

D. — DRAINAGE .

Doit-on refermer complètement la paroi, ou mettre un drain ? Peut-être dans certains cas pourra-t-on refermer complètement : Baillet rapporte des observations où la guérison fut rapide, en l'absence de drain.

A ce propos, nous ne pouvons mieux faire que de nous ranger à son opinion énoncée en ces termes : La possibilité de se passer fréquemment de drainage, attestée par la guérison complète dans certains cas, m'engage à préconiser sa suppression quand on aura un cas simple ; si on tenait cependant à le faire, je crois qu'il serait avantageux de le supprimer de bonne heure, après 24, 48 heures au plus. Mais, au contraire, qu'on le fasse, si on a quelque crainte de voir la suture intestinale céder.

Dans le cas où le délabrement a été important, surtout quand on ne peut, comme dans un cas de

Kôrte, rapprocher les sections péritonéales profondes, on ne peut se passer d'un drainage à la mickulicz, qu'on laissera quelques jours.

Contre-indications opératoires

Devant un malade très cachectisé, ou qui, pour une raison ou pour une autre, ne supporterait que très difficilement la longue durée de l'opération, on doit s'abstenir.

C'est dans des cas semblables, que l'on pourrait avoir recours à l'anus contre nature.

Une fois l'ouverture abdominale faite, si on s'aperçoit que la néoplasie a gagné le péritoine, au-delà de la région iléo-cœcale, nous croyons qu'il n'y a pas lieu de continuer l'opération ; c'est l'avis de Kôrte (1).

L'envahissement de la paroi abdominale par la néoplasie pourrait aussi être une contre-indication de l'opération. Kôrte (2), cependant, rapporte un cas, le seul de ce genre que nous connaissions, où il a réséqué un morceau de la paroi abdominale (péritoine et muscles) ; le malade vit et travaille sans qu'il se soit produit de récurrence, et l'opération date de 3 ans et demi, quand Kôrte relate ce fait.

Les fistules que l'on peut rencontrer ne sont pas une contre-indication opératoire, à la condition, avant

(1) Kôrte. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 1895.

(2). Observation 4.

l'opération, de les nettoyer à fond et de les cautériser au thermocautère, et, pendant l'opération, de les garnir de mèches iodoformées, et de ne pas les comprendre dans l'incision.

Résultats de l'opération (résection du segment iléo-cœcal et entérorraphie)

Nous ne saurions mieux faire que de rapporter les résultats de toutes les opérations faites, à notre connaissance, pendant ces dernières années, pour les cas de cancer iléo-cœcal. (Les observations sont citées plus loin).

1^o Gr., 58 ans, horloger, est opéré par le Dr Kôrte le *4 mai 1894*.

Le 22 juillet, il a gagné 20 livres, et se porte très bien.

En avril 1895, continue à se très bien porter. Aucune trace de récurrence. Pas d'autres nouvelles.

2^o L..., employé, 49 ans, est opéré par le Dr Kôrte le *8 janvier 1895*.

1^{er} mars 95. Guérison rapide.

Fin de mars 95, a gagné 41 livres, est bien portant et apte au travail. Pas d'autres nouvelles.

3^o K..., 47 ans, opéré par le Dr Kôrte. Opération le 16 février 1894.

24 mars 94, part guéri, ayant gagné 24 livres.

Octobre 94. Bon état, travaille, digestions régulières.

Novembre 94. On sent de l'induration dans la profondeur du bassin.

Bon état général.

Pas d'autres nouvelles.

4° G..., 35 ans, opéré le par le Docteur Kôrte le 5 janvier 1892.

20 février 1892. — Part guéri, notable augmentation de poids.

En novembre 1894. — Bien portant, travaille, digestions normales.

En mars 1895. — Bien portant.

Pas d'autres nouvelles.

5° Femme, âgée de 50 ans, opérée par le Docteur Ilott et le Docteur Valshan, le 2 juillet 1893.

Le 2 septembre 1893. — Quitte l'hôpital forte et vigoureuse de nouveau capable de parcourir de grandes distances.

Novembre 1893. — Cicatrice saine et souple. Bon état général.

Pas d'autres nouvelles.

6° Femme G..., de 43 ans. Opérée à Lyon par le Docteur Rafin, le 28 mai 1897.

26 jours après l'opération, appétit excellent, digestions très bonnes, selles régulières, ventre absolument indolore.

Pas d'autres nouvelles.

7° Femme 38 ans, opérée par le Docteur Ch. Monod, à Paris, hôpital Saint-Antoine, le 15 juin 1899.

Le 4 septembre 1899, a quitté l'hôpital depuis plus d'un mois. On sent quelque chose de dur de collé contre la fosse iliaque, de la sérosité s'écoule par un orifice minuscule, trace du drainage.

6 octobre 1899. — Malade revient diarrhémique, cachectique.

12 octobre 1899. — Mort.

Ainsi, sur les 7 cas opérés dont nous avons pu avoir connaissance nous ne constatons qu'une seule mort plusieurs mois après l'opération et, l'observation (1) note dans quel misérable état se trouvait la malade au moment de l'intervention. Sur les six survivants, six personnes bien portantes pouvant travailler et jouissant de digestions régulières. Et sur ces six opérés, cinq au moins ont été revus quelques temps après l'intervention, les uns six mois, les autres un an, deux ans, l'un même, plus de 3 ans après l'opération. Et tous sont retrouvés en bonne santé, sans qu'il y ait trace de récédive.

L'augmentation de poids dont profitent les opérés est vraiment remarquable, puisque des malades de Kôrte ont gagné l'un en 2 mois et demi, 41 livres, l'autre 24 livres en moins d'un mois et demi, un troisième 20 livres en deux mois et demi, et un quatrième 65 livres en moins de deux ans (2).

(1) Observation 1.

(2) Observations 4, 5, 6, 7.

DEUXIÈME PARTIE

Observations

OBSERVATION I.

Cancer iléo-cœcal opéré par le D^r Ch. Monod, 15 juin 1899.

Observation prise par le D^r Arrou, assistant de M. Ch. Monod.

Cl. Duh. Femme âgée de 38 ans, entre Pavillon Gosselin, n° 4, hôpital Saint-Antoine, service du D^r Ch. Monod, vient du service de M. le Professeur Hayem, qui avait fait le diagnostic de cancer ovarique.

Femme très anémiée à teint jaunâtre, faiblesse générale. Cachexie.

Examen. — Utérus normal, mobile, malade souffre beaucoup quand on le mobilise.

A gauche, dans la zone des annexes, petite tumeur grosse comme une noix qui paraît négligeable.

A droite, tumeur de la grosseur d'un poing d'adulte, non douloureuse à la pression, bien mobile sur l'utérus qu'elle touche peut-être, mais auquel elle n'adhère pas.

Cette tumeur dépasse un peu la ligne médiane au-dessus du pubis, elle reste distante de l'ombilic de 2 travers de doigt.

Dans le cul-de-sac antérieur, cette tumeur donne la sensation d'un bord antérieur de foie, presque tranchant, criblé de petites bosselures, comme dans le cancer hépatique secondaire.

Diagnostic. — Métrite ancienne, avec salpingo-ovarite gauche légère. Dégénérescence néoplasique de l'ovaire droit.

Pas d'albumine dans les urines.

Cœur et poumons sains.

Opération. — 15 juin 1899. Devant l'affaiblissement progressif de cette femme qui se cachectise de plus en plus, M. Ch. Monod se résout à l'opérer, avec M. le Dr Arrou son assistant.

Incision médiane de l'abdomen.

Grosse tumeur du volume d'un poing d'adulte, indépendante de l'utérus ; par en bas, elle tient à tout le bord supérieur du ligament large, dont on la libère par un coup de ciseau donné entre deux clamps placés au préalable. En haut, elle est recouverte par l'épiploon qui se fusionne avec elle au moyen de fortes adhérences très serrées.

On constate, en plus, que l'intestin grêle pénètre la tumeur sur son bord gauche, et que le gros intestin en sort sur son bord latéro-supérieur droit.

Essai de libération de l'intestin. Cette manœuvre, vite reconnue impossible, ne sert qu'à ouvrir au sein de la tumeur, une cavité infecte, grisâtre, ressemblant à une caverne pulmonaire. On se pose la question suivante : Serait-ce de la tuberculose cœcale ?

Toute la masse est attirée assez facilement hors de la

cavité abdominale, et on se prépare à pratiquer deux sections de l'intestin, à fermer les deux bouts de l'intestin sectionné, et à terminer par une entéro-anastomose latérale; car, il est évident que la tumeur est intestinale ou, tout au moins qu'elle englobe l'intestin.

L'intestin est lié avec des lanières de gaze iodoformée, puis sectionné, on jette quelques catguts sur les adhérences inférieures de la tumeur; et celle-ci est extirpée.

Fermeture des 2 bouts intestinaux à l'aiguille à intestin avec de la soie fine, le premier plan prend toutes les tuniques, les 2 autres sont à la Lembert, il y a donc trois plans sur chaque bout intestinal sectionné.

Entéro-anastomose de l'iléon et du colon ascendant, présentant à peu près exactement une ouverture de 2 centimètres et demi, avec deux plans sur chaque face, l'extérieur en surjet-Lembert à la soie, le profond comprenant toutes les tuniques, et encore à la soie. L'intestin a été ouvert au thermo-cautère sombre.

Lavage de toute la masse attirée en dehors de la cavité abdominale avec un peu de sublimé, puis à l'eau chaude et largement.

Quelques catguts (3 seulement) sont placés, en chaîne, sur le bord du ligament large, depuis la corne utérine jusqu'au grand bassin.

Ablation d'un petit noyau dur, suspect, situé sur le péritoine qui recouvre l'uretère; par mesure de sécurité, l'uretère est libéré avec le doigt, sur une étendue de 8 à 10 centimètres.

Avant de placer un mickulicz, et après avoir enlevé un petit caillot dans le cul-de-sac de Douglas, on peut constater que l'opération a enlevé le cœcum, l'appendice, la trompe et l'ovaire du côté droit, sans qu'aucun de ces

organes ait pu être le moins du monde reconnu dans le bloc informe constitué par la tumeur.

Il reste, profondément, une large déchirure du péritoine, laissant à découvert une partie des vaisseaux iliaques externes, le psoas, etc.

Mickulicz. Fermeture à un seul plan avec de la soie forte.

Durée de l'opération : environ une heure et 45 minutes. Le soir, 2 litres de sérum en 4 fois. Pas d'élévation de température, pas de vomissements. Rien de vraiment inquiétant.

14 juin. — Ne souffre pas. Ventre indolore à la pression, non ballonné ; épigastre plutôt plat. Pas de vomissements. T. 37°4. P. 44, langue très sèche.

17 juin. — P. 110. Langue meilleure. Ne souffre pas ; sérum. Pendant 10 jours, conserve pouls agité (110, 120, 134), avec une température normale atteignant tout au plus 38°.

25 juin. — Abscess occupant la place du Mickulicz enlevé après 48 heures et remplacé par un drain pendant 2 heures. Drainage de l'abcès par la plaie.

1^{er} août. — Quitte l'hôpital, conserve encore un orifice, à la place du drain.

4 septembre. — Orifice minuscule persiste à la place du drain ; par cet orifice, s'écoule de la sérosité.

Localement, on sent toujours quelque chose de dur, qui semble collé contre la fosse iliaque, mais cette induration ne paraît pas progresser.

Malgré bon appétit, n'engraisse pas ou fort peu.

6 septembre. — L'orifice se ferme.

10 septembre. — La fistule reste fermée ; sur la ligne médiane, on sent profondément des nodosités, du volume

au moins d'une noisette, collées à la colonne vertébrale ; il s'agit sans doute de ganglions mésentériques.

Localement, on ne sent pas de récive. Il y a bien une induration, mais il faut se rappeler que le mickulicz a suppuré longtemps, et qu'il y a entéro-anastomose, après occlusion des deux bouts intestinaux.

6 octobre 1899. — La malade revient à l'hôpital. Diarrhée. Cachexie très accentuée.

12 octobre 1899. — Mort dans la cachexie. Pas d'autopsie.

Histologie. — La tumeur était un carcinome intestinal typique.

OBSERVATION II

Cancer du cœcum. — Résection du segment iléo-cœcal de l'intestin. — Iléo-colorraphie par implantation latérale. — Guérison opératoire. — Docteur Rafin, chirurgien à l'hôpital Saint-Joseph de Lyon. — (Lyon médical, 1897, 8 août).

M^{me} G..., âgée de 43 ans, demeurant à Lyon, r. D., 42, entre à l'hôpital Saint-Joseph, salle Sainte-Anne, n° 4, le 22 mai 1897.

Père et mère morts d'affections inconnues. Un père et une sœur bien portants.

A eu la variole à 15 ans. Régliée à 16 ans, régulièrement. Pas de métrorrhagie, ni de leucorrhée importante. Mariée à 27 ans, a fait une fausse couche de 4 mois. Pas d'autres grossesses, a toujours eu l'estomac délicat.

L'affection actuelle remonterait à 3 mois ; elle ressentit au début de violentes douleurs dans le ventre. Ces douleurs persistent encore, et elles constituent un des 2 symptômes capitaux de la maladie actuelle.

La malade souffre dix à douze fois par jour, plus particulièrement, mais non exclusivement après les repas. Elle éprouve des douleurs en ceinture, prenant naissance dans le ventre, au-dessus de l'ombilic, surtout du côté droit. Leur intensité est considérable et force la malade à prendre l'attitude assise, les coudes sur les genoux, en appuyant sur le ventre.

En deuxième lieu, elle appelle l'attention sur une tumeur siégeant dans le côté droit de l'abdomen. Cette tumeur offre les caractères suivants : son siège est intra-abdominal, son volume, celui du poing, sa forme à peu près ronde, à consistance ferme et à surface vaguement bosselée ; sa mobilité est très grande ; on la trouve dans la partie droite de l'abdomen, et il est possible de la refouler en dehors vers la région lombaire, sans que, cependant, elle puisse être conduite jusque dans la région rénale ; si on tente de la chasser vers la partie gauche de l'abdomen, on la sent jusque vers la ligne médiane, puis on la perd. Elle peut être portée au contact du foie, et elle descend sans difficulté dans la région iliaque, jusque vers l'utérus. Sa saillie est alors très appréciable à la vue et à la palpation. Quand elle est ainsi placée, le toucher vaginal, joint à la palpation abdominale, permet de la sentir avec grande facilité sous la forme d'une masse dure, arrondie, faisant saillie dans le cul-de-sac latéral et dans le cul-de-sac postérieur, donnant absolument l'impression d'un fibrome ; il semble même que l'impulsion en haut imprimée à la tumeur se propage quelque peu à l'utérus.

De plus, la pression sur la tumeur provoque une assez vive douleur. L'examen des autres systèmes organiques donne les résultats suivants :

Rien au cœur, ni aux poumons.

L'appétit est irrégulier et très médiocre ; l'ingestion des aliments est nettement l'occasion de crises douloureuses qui surviennent aussitôt après les repas.

Jamais de vomissements. Pas de dilatation de l'estomac. Un confrère autorisé lui avait dit antérieurement qu'elle avait cet organe dilaté ; il y a donc lieu de croire que cet état s'est modifié. Les selles se font, une fois par jour, très régulièrement. Il n'y a pas d'alternative de diarrhée et de constipation. Les selles n'ont pas été vues.

Le foie ne dépasse pas les fausses côtes : la vésicule ne présente rien à noter. Jamais de jaunisse ni de coliques hépatiques.

Pas de matité splénique.

La malade a eu, il y a deux ans, des mictions fréquentes et douloureuses ; à cette occasion un traitement par les lavages boriqués avait été institué.

Actuellement, l'urine est limpide, sans albumine, ni sucre.

Les reins ne sont pas perceptibles.

L'utérus, quoique un peu abaissé, est cependant en bonne position ; culs de sac parfaitement libres, sauf quand la tumeur a été refoulée dans cette région.

La nutrition générale a subi une atteinte sensible, si on en juge par l'aspect de la malade qui a le teint pâle, mais non jaune paille et par une perte de 2 kilogs en peu de temps.

La température est normale.

En résumé, cette malade se présente avec une tumeur

intra-abdominale, remarquable par une mobilité telle qu'on peut la refouler du commencement de la région lombaire à la ligne médiane, et de la face inférieure du foie aux culs de sac vaginaux, tumeur s'accompagnant de douleurs vives, d'un peu de dénutrition et de phénomènes digestifs dont la valeur symptomatique était difficile à apprécier. étant donné que les digestions n'ont jamais été bonnes.

Le *diagnostic* ne pouvant pas être établi sur des bases précises, et vu les souffrances de la malade, la laparatomie parut être indiquée.

Opération. — 28 mai 1897. Anesthésie avec l'éther sans incident. Incision médiane sous-ombilicale de 12 centimètres ; à ce moment j'ignorais la situation exacte de la tumeur, ce qui fut cause de quelques difficultés. La main introduite dans le ventre, ne la sent pas tout d'abord : au bout de quelques instants, je la découvre en arrière de l'utérus, et dans la partie supérieure de la concavité du sacrum.

Elle est amenée sans peine au dehors, et je reconnais immédiatement le cœcum, formant une masse dure, d'aspect néoplasique ; contre cette masse se confond l'extrémité terminale de l'iléon. Dans le méso se perçoit un ganglion du volume d'un gros pois. Malgré cette dernière constatation, la résection du segment iléo-cœcal est résolue pour les raisons suivantes : mobilité de la tumeur et absence totale d'adhérences avec les parties voisines, étendue de la tumeur qui va jusqu'au contact de l'intestin grêle, et semble devoir amener prochainement de l'obstruction par envahissement de la valvule de Bauhin, douleurs vives se rattachant à la présence du néoplasme, enfin résistance de la malade qui paraît largement suffisante. Je reviendrai

sur une dernière considération, l'incertitude relative de la nature de la tumeur.

Des pinces de Doyen assurent tout d'abord la coprostase ; ultérieurement, elles furent remplacées par les doigts ; l'intestin grêle est coupé à 10 centimètres environ du cœcum, et le gros intestin dans sa portion colique au-delà du néoplasme. Sur le méso, excision angulaire de façon à enlever en même temps le ganglion, ce qui nécessite le pincement de 2 ou 3 gros vaisseaux ; la masse iléo-colique est ainsi rapidement enlevée.

A ce moment, restait à choisir entre les divers procédés d'entérorraphie et les divers modes de suture.

Je donnai la préférence à l'iléo-colorraphie par implantation suivant la méthode de Billroth. L'extrémité sectionnée du colon est d'abord obturée à l'aide de deux plans de suture à la Lembert, superposés, le superficiel refoulant le précédent dans la cavité intestinale. Ces sutures sont faites en surjet à la soie fine. Quelques points entrecoupés la complètent. Ceci fait, j'implante latéralement l'extrémité terminale de l'iléon sur le colon ascendant ; l'incision du colon parallèle à son axe est de 2 centimètres et demi environ de longueur, ce qui correspond exactement au diamètre de l'iléon.

La suture est faite à la soie en surjet, suivant le procédé de MM. Brian et Jaboulay. La plaie du méso-cœcum est suturée par 2 ou 3 points de catgut chromique. Petit drainage à la Mickulicz.

Trois plans de suture ferment la paroi abdominale, au catgut chromique en surjet pour le péritoine et l'aponévrose, au fil métallique pour la peau.

Durée totale de l'opération, 2 heures.

28 mai, soir T. R. 38°. Pouls 80. Douleur assez vive

au creux de l'estomac ; une petite injection de morphine ; injection de 900 grammes de sérum dans le tissu cellulaire sous-cutané.

29 mai, matin, T. R. 37°6. Pouls 88.

Vomissements bilieux la nuit.

Soir, T. R. 38°5. Pouls 102. Comme alimentation fragments de glace. Injection de sérum.

30 mai. T. R., matin 37°7, soir 38°4.

Pouls, matin, 92. Pas de vomissements. La malade a émis des gazs, va bien.

31 mai, T. R. 37°8, soir 38. Pouls 92.

Alimentation. Limonade, champagne.

1^{er} juin. Selle spontanée. A partir de ce moment, la température est absolument normale.

Le tampon a été enlevé le 9^e jour.

L'alimentation a été très lentement progressive.

Pendant quelques jours, la malade a éprouvé un léger point de côté à la base droite du thorax.

Actuellement, 26 jours après l'intervention, l'état de la malade ne laisse rien à désirer ; l'appétit est excellent, les digestions sont très bonnes, les selles régulières. Elle déclare que son ventre est absolument indolore, et se trouve très satisfaite.

L'examen histologique a donné comme résultat : Cancer de l'intestin.

OBSERVATION III

Cas d'excision du cœcum pour tumeur maligne. Anastomose intestinale au moyen des plaques de Senn. — Guérison. — Dr Ilott. The Lancet, 3 mars 1894.

Le nombre des cas opérés de résection pour tumeur

maligne du cœcum, dans le pays, est limité à un seul ; aussi, le compte-rendu de ce cas sera-t-il intéressant.

Une femme âgée de 50 ans, mère de orze enfants, et douée d'un bon état général, était admise à l'hôpital Bromley Cottage, sous les soins du Dr Ilott, le 26 juin 1893.

Elle était un peu pâle et avait perdu son embompoint et ses forces depuis peu. Elle était malade depuis six mois, depuis qu'elle avait commencé à ressentir une douleur dans le côté droit de l'abdomen, à souffrir dans la région lombaire et à sentir un poids dans l'hypogastre. Depuis 4 mois, elle sentait une masse au-dessus de l'aîne droite, masse augmentant constamment dans la position assise.

Les fonctions intestinales étaient irrégulières, irrégularité se traduisant alternativement par de la constipation et de la diarrhée. Peu de temps après son entrée à l'hôpital, elle eut des selles contenant du sang et du mucus. A l'examen, la tumeur était sentie dans la région inguinale droite, dans l'emplacement du cœcum. Au palper, elle était bosselée, ronde, facilement mobilisable surtout en dedans. Mollesse de la tumeur au palper. Elle n'était sentie ni par le vagin, ni par le rectum.

L'utérus est en rétroflexion, et le col dilaté. Les ganglions inguinaux des deux côtés sont tuméfiés ; l'un d'eux, à droite, est plus volumineux que les autres.

Le 1^{er} juillet 1893, elle fut vue en consultation par le Dr Walsham, qui conclut avec le Dr Ilott que cette tumeur était probablement une tumeur cancéreuse entourant le cœcum, et qu'une tentative d'extirpation par opération pouvait être faite.

La malade, ayant été au préalable préparée, était apportée dans la salle d'opération, le 2 juillet.

Le Dr Ilott ouvrit le flanc droit par une incision de

quatre pouces de longueur, curviligne sur la tumeur, et recourbée légèrement en dedans. La cavité abdominale ouverte, on aperçoit la tumeur recouverte d'épiploon. Proéminente en dedans, la tumeur, ainsi qu'on l'avait pensé, était une tumeur maligne du cœcum. Elle était développée tout auprès du cœcum. L'état de la malade sous l'anesthésie étant satisfaisant, après l'avis de M. Walsham, il fut décidé de procéder à l'opération.

La partie malade de l'intestin fut isolée en arrière par des éponges exprimées plongées dans une solution chaude antiseptique ; la tumeur fut extirpée de la plaie et libérée tout autour du mesocolon, avec des ciseaux ; les quelques vaisseaux qui saignent sont liés avec des fils de soie aseptique. Une section du mésentère fut faite de chaque côté de la tumeur. Le bout inférieur de l'iléon et le colon ascendant furent liés avec des tubes à drainage en caoutchouc, de façon à fermer la lumière intestinale. L'intestin fut alors sectionné transversalement avec des ciseaux, de chaque côté de la tumeur ; alors, la masse du cœcum, de l'appendice et des adhérences fut enlevée. La membrane muqueuse des bouts de l'intestin respectivement divisés, fut renversée avec soin au moyen d'une sonde, et la membrane séreuse fut fixée sur la ligne de section grâce à de nombreux points de suture de Lembert. Ceci achevé aussi bien que possible, les tubes en caoutchouc, qui faisaient l'office de pinces, furent enlevés et les ouvertures faites au mésentère furent fermées de même que les sections du mésocolon.

Des incisions d'un pouce de longueur sont faite sur l'axe longitudinale de l'intestin, sur le côté opposé à l'insertion du mésentère, chaque incision étant située à environ

deux pouces des bouts de l'intestin divisé et actuellement refermé.

Sur les ouvertures, on fixa solidement les plaques en os décalcifié de Senn, que M. Valshaun avait apportées avec lui, en cas de besoin. Les surfaces séreuses, autour de l'ouverture de l'intestin, furent scarifiées avec des aiguilles, pour favoriser leur adhésion par exsudation plastique, et les bords des ouvertures furent mis en contact par des points de suture retenus aux plaques.

Et, pour plus de sécurité, une rangée de points de suture à la Lembert fut placée par intervalles tout autour.

Un des bouts de l'épiploon fut suturé à la tunique de l'intestin du côté opposé au point de jonction, afin de former une greffe épiploïque.

Le péritoine environnant et le champ opératoire sont nettoyés à fond et séchés.

Les parois de la plaie abdominale sont réunies par des sutures à la soie aseptique, et on applique un pansement de gaze et d'ouate.

Durée de l'opération : une heure 3/4, pendant laquelle la malade fut maintenue sous le chloroforme par le docteur Playfair. Le Dr Chatterton assiste les Drs Ilott et Valshan.

La malade supporta bien l'opération, mais souffrit du choc qui en résulta.

De l'opium lui fut donné à la dose de 15 gouttes de teinture pendant les 24 premières heures, en trois fois ; elle ne souffrit pas de nausées, mais eut des gaz.

A 6 h. 30 P. 108. T. 101 F.

3 Juillet, P. 96. T. 100 F.

Prescription d'une pilule d'opium.

5 Juillet. Selles abondantes, après de violentes douleurs abdominales qui disparurent au bout de trois heures.

On lui donna de l'opium par la bouche, et on lui appliqua sur l'abdomen du laudanum et des flanelles chaudes.

Une fois que l'intestin eut fonctionné, la malade fut très affaiblie, ce qui nécessita l'administration de stimulants.

Fréquents et douloureux hoquets. Pas de vomissements ni de distension abdominale.

Examen de la plaie : constatation de son bon aspect.

L'état de relâchement de l'intestin continue. La malade prend une mixture astringente de craie et d'opium. Comme alimentation, la malade prit du tapioca, du sagou, du bouillon de bœuf, du lait, du vin de Bordeaux et de l'eau-de-vie.

9 juillet. — Pilules de sulfate de cuivre et d'opium.

Le 10 et le 11. — Cessation de la diarrhée ; on l'autorise à manger du poisson, du pudding et du pain.

Le 13, elle mange du poulet.

Le 19, est mise au régime complet et à une pinte de bière. La plaie qui avait bon aspect les premiers jours, fut retardée dans sa guérison par une suppuration fâcheuse sous les muscles abdominaux, envahissant chaque côté de la ligne médiane.

L'enlèvement des sutures fut précédée par des alternatives d'induration et de ramollissement local. Les parties d'où venait le pus, étaient irriguées fréquemment avec une solution chaude de sublimé et pansées très souvent. Sous l'influence de ce traitement, la suppuration diminua, et la plaie se cicatrisa comme il faut.

2 septembre. — Malade quitte l'hôpital et habite Brighton pendant un mois. Elle part forte et vigoureuse, de nouveau capable de parcourir d'énormes distances.

Novembre 1893. — Le Docteur Ilott la vit ; il ins-

pecta l'abdomen ; la cicatrice était saine, souple et solide. Il ne trouva rien d'anormal là où eut lieu l'opération.

La tuméfaction des ganglions inguinaux subsistait.

Description de la tumeur. — Par le Docteur Edgard Villet (conservateur du musée à l'hôpital Saint-Barthélemy).

La partie de l'intestin enlevée pèse environ 6 onces, et mesure 4 pouces de long, après durcissement. Elle comprend le cœcum, et l'appendice, d'un côté une portion de colon sain mesurant $3/4$ de pouce, et de l'autre côté aussi une petite portion d'iléon sain. La plus grande partie de cette tumeur, environ 3 pouces était le siège de l'ulcère malin typique entourant la circonférence de l'intestin et les deux faces de la valvule de Bauhin, et s'étendant légèrement jusque dans l'iléon. La tumeur avait envahi aussi environ un demi pouce de l'appendice. La graisse environnant l'intestin est plus épaisse et plus dure que normalement ; elle est le siège d'une inflammation évidente, mais ne paraît pas être envahie directement par la tumeur maligne. L'épiploon et les autres viscères ne présentaient pas d'adhérences. Le spécimen est conservé dans le musée de l'hôpital Saint-Barthélemy (série XVIII, n° 2027).

L'examen microscopique démontra qu'on avait affaire à un cas typique d'adéno-carcinome avec envahissement par la tumeur des tuniques musculaires de l'intestin.

OBSERVATION IV

Carcinome du cœcum et du colon ascendant. — Résection.

— Entérorraphie. — Guérison. — Kôrte. Berliner Klinische Wochenschrift, 11 septembre 1893.

G..., 31 ans, entre à l'hôpital le 21 novembre 1891.

En mai 1891, a eu de violentes douleurs dans la fosse iliaque droite. Constipation. Amaigrissement.

Le malade vient à l'hôpital pour inflammation cœcale. Je trouve une tumeur compacte, dure, douloureuse, peu mobile, dans la région du cœcum.

Avec la seringue à ponction, je trouvai du pus à un endroit.

Le 1^{er} octobre 91, j'incisai, mais le pus ne s'échappa pas tout d'un coup ; c'était une petite cavité avec des parois dévastées. Je pensais que le pus se résorberait peu à peu, et j'ajournai.

L'inflammation augmenta ; en conséquence, je vis nécessairement qu'il fallait retirer le diagnostic, et l'extirpation de la tumeur fut résolue.

Opération le 21 novembre 91. Devant la grosseur de la tumeur, je dus faire une incision partant de la région cœcale, s'inclinant en haut et faisant un angle en dehors jusqu'à la ligne axillaire. Pour mettre en liberté la tumeur, le décollement d'avec la fosse iliaque fut très laborieux : je dus exciser tout le péritoine de la fosse iliaque droite et un morceau de la paroi abdominale. Après la mise en liberté de la tumeur, l'iléon fut sectionné entre deux ligatures à un travers de doigt devant la valvule iléo-cœcale. On lia le mésentère par portions : le colon fut ensuite sectionné entre deux ligatures dans la région du foie. La tumeur occupe la paroi postérieure du côlon qui est malade sur une longueur de 12 à 15 centimètres.

La grosse difficulté maintenant est de réunir les 2 intestins. La difficulté vient de ce que les conduits intestinaux sont inégaux, que l'iléon est beaucoup plus étroit que le colon, difficulté d'autant plus accentuée ici que les 2 intestins ne peuvent être approchés l'un de l'autre que

grâce à une forte tension. L'opération avait aussi, duré suffisamment longtemps. C'est pourquoi, je me décidai à ne pas faire d'entérorraphie. J'enveloppai les 2 intestins dans de la gaze iodoformée, je les plaçai dans l'angle de la plaie et cherchai à réunir la grande plaie ; ce qui ne réussit que partiellement. Il restait un assez grand vide que je garnis de gaze iodoformée. Les matières fécales s'évacuaient par l'anus artificiel.

Le 5 janvier 1892, je traite l'anus artificiel par résection et suture de l'intestin. Par formation de plis, je pus rendre égales les 2 lumières intestinales.

Le malade, à la suite de ce grand manque, a forcément une hernie abdominale qui, cependant, ne le gêne pas, puisqu'il peut remplir ses fonctions de garçon de recette.

Le 20 février 92, part guéri et capable de travailler.

Janvier 93. Est bien portant.

Septembre 93. Va extraordinairement bien, a gagné 66 livres depuis l'opération. Grosse hernie abdominale.

Mars 95. Très bien portant.

Description de la tumeur. — Sur la paroi postérieure du colon existe une tumeur de 10 centimètres de longueur. 5 centimètres d'iléon sont envahis.

Histologie. — On a constaté que cette tumeur était un cancer à cellules cylindriques.

OBSERVATION V

Carcinome du cœcum et du colon ascendant. — Formation d'un abcès. — Incision. — 5 mois plus tard, résection. — Entérorraphie. — Guérison. — Korte, 1894. — Deutsche zeitschrift für, chirurgie, 1895.

K..., 47 ans. entré le 11 septembre 1893, revient le 12 février 1894.

Septembre 1893. — Le malade souffre du foie depuis un an, a fait une cure à Carlsbad l'été de 1893, a parfois des accès d'obstruction intestinale. Constipation, amaigrissement, perte de forces. Au commencement du mois d'août 93, remarque qu'il a une tumeur dans la région du cœcum.

Fluctuation évidente de cette région. Fièvre, 39°8.

Incision de 4 travers de doigts de longueur à l'endroit fluctuant. Le pus est vidé. Le doigt trouve une cavité à parois fermes que l'on gratte avec une curette pour l'examen microscopique. La fièvre tombe après l'opération. La plaie se cicatrise, il persiste cependant une fistule.]

Il reste dans la région cœcale, une tumeur dure, bosselée, qui, malgré l'examen microscopique négatif, nous fait conclure à une production maligne.

Le malade refuse l'opération et nous quitte le 4 octobre 93.

12 février 94. — Revient de nouveau, la tumeur a grossi. Le malade est jaune, maigre, cachectisé. Il porte sa cicatrice de 4 centimètres de longueur et une fistule. Au-dessous de la cicatrice, on perçoit une tumeur dure, large de 5 travers de doigt, partant de très peu au-dessus du ligament de Poupart pour aller jusqu'à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Elle n'est pas mobile par en bas, quelque peu déplaçable par en haut. Sur la tumeur, la percussion donne de la matité. Tout à côté existe une sonorité tympanique.

Dans la région inguinale, il existe des ganglions tuméfiés. Le foie est normal. Par l'insufflation d'air par le rectum, le colon se gonfle jusqu'à la tumeur.

Opération. — Le 16 février 1894.

Le siège est légèrement relevé. Désinfection du trajet

fistuleux par une profonde cautérisation, il est bourré de gaze iodoformée. Incision sur la tumeur commençant à peu près au milieu du ligament de Poupart et finissant tout près du rebord des fausses côtes. Ouverture de la paroi abdominale couche par couche, près de la fistule à laquelle on ne touche pas.

Destruction de plusieurs fortes adhérences après double ligature. La cavité abdominale est protégée par de la gaze stérilisée. La tumeur s'est glissée entre les feuillets du mésocolon et le mésentère.

Tout d'abord, le feuillet médian du mésentère de l'iléon est lié avec du catgut par portions, de même que le feuillet médian du mésocolon, en dehors de la tumeur; après l'application de longues pinces pour éviter un écoulement de sang rétrograde, on sectionne le feuillet médian du mésentère.

La tumeur est adhérente au côté latéral de la paroi abdominale, les adhérences sont enlevées aux ciseaux. Puis, ligature et section du feuillet latéral du mésentère. Les adhérences de la tumeur avec le fascia iliaca sont détruites.

L'iléon et le colon sont alors pris avec des pinces à intestin, et l'intestin est lié avec un fil de soie, près de la tumeur.

L'iléon, d'abord, puis le colon sont sectionnés entre des pinces et des fils de soie, et par couches, avec le bistouri. Après l'extirpation de la portion intestinale malade, on frotte bien les lumières de l'intestin et les feuillets du mésentère sont suturés à l'intestin, alors, on fait sur le colon l'entérorraphie typique à deux rangs avec formation d'un coin (par le procédé de Czerny).

La section du mésentère est suturée au catgut. Par

dessus la ligne de suture, est fixé un lambeau d'épiploon. Les parties de la fosse iliaque, dépourvues de péritoine, sont garnies de gaze iodoformée.

On laisse sur la ligne de suture un petit drain entouré de gaze iodoformée.

Suture de la paroi abdominale par étages, péritoine, muscles et fascia avec du catgut, la peau avec de la soie.

21 février 1894. — On enlève la gaze et le drain.

24 mars 1894. — Part guéri. Augmentation de poids considérable (24 livres jusqu'au 11 mars 1894).

Octobre 1894. — Bon état général. Malade travaille. Digestions régulières.

Novembre 1894. — Dans la profondeur du bassin, derrière la cicatrice, on sent de l'induration (Récidive ?) Bon état général.

Description de la tumeur. — Résection de 14 centimètres d'iléon dont les parois sont très épaissies. La valvule iléo-cœcale et le colon sont très rétrécis par la tumeur. Le colon est envahi sur une longueur de 7 centimètres.

Histologie. — Adéno-carcinome.

OBSERVATION VI

Carcinome du cœcum et du colon ascendant. — Invagination. — Résection. — Entérorraphie. — Guérison. — Korte, 1895. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 1895.

L..., 49 ans, employé, entre le 2 janvier 1895.

Malade depuis un an. Douleurs périodiques, vomissements. Constipation avec alternatives de diarrhée ; depuis 3 semaines, ses garde-robes contiennent du sang. Ama-

grissement. Perte de forces. A son entrée, on perçoit une tumeur transversale de la forme d'un boudin, correspondant à la position du colon transverse. On diagnostique fermement : invagination.

Un de ces matins, comme le malade l'avait pronostiqué, l'invagination était disparue. Au lieu d'elle, les jours suivants, on sent une tumeur mobile, bosselée, dure, dont la plus grande partie se dissimule sous le lobe droit du foie. Si on la sort de cette position, elle se laisse déplacer dans toutes les directions. Le diagnostic de « Rein flottant » devait entrer en ligne de compte ; cependant, devant cette constitution certainement tumorale (urines toujours normales), et après le diagnostic d'invagination typique, on soutient le diagnostic de tumeur de l'intestin.

Opération, 8 janvier 1895. — Le malade est couché, le siège relevé. Incision abdominale sur le côté externe du muscle droit ; à l'ouverture du péritoine, on entaille légèrement une anse de l'intestin grêle ; on fait 3 points de suture intestinale. La tumeur remonte sous le bord du foie, occupe le cœcum et la partie adjacente du colon ascendant. Long mésocolon. La tumeur se laisse amener eu dehors de la plaie abdominale. On l'entoure de gaze. Ligature du mésentère de l'iléon, d'abord de son feuillet médian, puis de son feuillet latéral. Ligature de l'iléon avec une mèche iodoformée : on place des pinces au devant de la tumeur, section entre les deux. Ligature du colon dans de bonnes conditions. Section du colon. Obturation du bout périphérique du colon par une suture invaginante à double rangée. Implantation latérale de l'iléon sur le colon ; on recouvre cette implantation avec des lambeaux d'épiploon. Suture des sections du mésentère.

Suture par étages de la paroi abdominale (4 points de
Sambon

suture musculaire en argent). Durée de l'opération, 2 h. 10 minutes.

Il se forme dans la suite un trajet fistuleux dans la plaie abdominale.

4 Février. — Grattage.

1^{er} Mars 1895. — Guérison. Reprise rapide des forces.

Fin de mars 1895. — Malade a gagné 44 livres, est bien portant et capable de travailler.

Description de la tumeur. — C'est une tumeur extraordinairement mobile du cœcum et du colon ascendant.

La préparation comprend la fin de l'iléon dont les parois musculaires sont hypertrophiées, sans cependant être dégénérées.

A la valvule iléo-cœcale, existe une tumeur bosselée, ulcérée superficiellement, qui remplit presque le cœcum.

7-8 centimètres d'iléon sont invaginés dans le colon, fixés dans cette position par des adhérences. Le colon ascendant sur une étendue de un centimètre en aval du cœcum, présente une tuméfaction lisse de sa muqueuse. Il est presque intact.

Dans le mésocolon, existent de gros ganglions.

La tumeur est un adéno-carcinome.

OBSERVATION VII

Carcinome du cœcum et du colon ascendant. — Résection.

— Entérorraphie. — Guérison. — Korte. — Novembre 1894. — Deutsche zeitschrift fur chirurgie, 1895.

Gr..., 58 ans, horloger, entré le 4 mai 1894.

Depuis environ un an, souffre de douleurs dans le côté droit de l'abdomen. — Amaigrissement. — Constipation. —

Parfois flux de mucus sanguinolent. — Aspect cachectique.

5 Mai 1894. — Tumeur compacte, bosselée, dans la région du cœcum, oblique de haut en bas et de dehors en dedans, siégeant près de ligament de Poupart. Tumeur peu mobile et bien séparée des parties environnantes. Le reste de l'abdomen est souple, indolore, et sans dureté appréciable.

Opération. — 7 mai 1894. — Sommeil à l'éther par doses fréquentes. Bassin relevé.

Incision longitudinale sur la tumeur, sur le bord externe du muscle droit, commençant tout près du ligament de Poupart, pour aller jusqu'au près du rebord des fausses côtes. Ouverture du péritoine. La tumeur est recouverte d'épiploon. Ligature et excision de la tumeur ; les adhérences intestinales sont détruites par tronçons. Une ouverture est faite à une anse de l'intestin grêle, qui est aussitôt suturée. La cavité abdominale est protégée par de grandes compresses de gaze stérilisée.

Dégagement de la partie inférieure de l'iléon qui est liée avec une mèche iodoformée. Puis, ligatures par portions, du feuillet médian du mésentère et du mésocolon, en dehors de la tumeur. Section devant les ligatures. Écoulement sanguin rétrograde que l'on arrête avec des pinces.

Décollement de la tumeur sur le côté latéral. Le revêtement péritonéal de la fosse iliaque est éloigné en même temps.

Le feuillet latéral du mésentère et le mésocolon sont liés par parties. Section de l'iléon entre deux ligatures.

Dégagement de l'intestin avec la tumeur depuis l'iléon jusqu'à l'endroit où le colon ascendant est sain. Section du

Colon devant une ligature avec une mèche iodoformée. Revue des plaies et nettoyage des intestins. La lumière du colon est notablement plus grande que celle de l'iléon. Obturation de la section du colon par deux sutures invaginantes successives.

Une incision longitudinale de 4 centimètres est alors faite sur le colon, allant seulement jusqu'à la sous-muqueuse, sur le côté opposé à l'insertion du mésentère. Implantation de l'intestin grêle en cette position latérale. Ensuite, le bord postérieur de l'iléon est fixé au colon par une suture séro-musculaire, la membrane muqueuse du colon est ouverte, et la suture en rond à deux rangs est achevée. Le mésentère sectionné est réduit par des sutures au catgut. Le déficit péritonéal, dans la fosse iliaque est réduit par une seule suture et le reste est tamponné avec de la gaze iodoformée. La gaze, de même qu'un drain, communiquent avec l'extérieur.

Le reste de la plaie est fermé par une suture en étages.

8 juin 1894. — Malade part guéri.

22 juillet 1894. — Est revu, a gagné 20 livres ; se porte très bien.

Septembre 1894. — Dans la profondeur de la cicatrice se forme un abcès. Grattage.

Novembre 1894. — Plaie fermée. Au milieu d'ancienne cicatrice persiste une induration. Digestions normales.

Février 1895. — Très bonne santé. Plus d'induration sensible.

Avril 1895. — Très bien portant.

Description de la tumeur. — Adéno-carcinome du

cœcum. 9 centimètres d'iléon et 15 de colon sont envahis, Ganglions tuméfiés.

OBSERVATION VIII

Cancer de l'iléon. Obturation intestinale ; péritonite terminale. — Du Castel, Archives générales de Médecine, 1882. Pas d'opération.

Laffon (Félix), 47 ans, relieur, entre le 6 avril, salle Saint-Luc, n° 11, service de M. le professeur Potain.

Bonne santé habituelle ; depuis huit mois, tic douloureux de la face.

Depuis un mois, digestions difficiles ; douleur vive épigastrique donnant lieu à une sensation de barre ; depuis 15 jours, constipation très accusée ; le malade n'a de garde-robes que tous les quatre ou cinq jours, peu abondantes ; depuis trois jours, pas de selles, pas de rejet de gaz par l'anus.

A l'entrée, ventre très ballonné, coliques vives, anses intestinales dessinées sous la peau, douleur généralisée à tout l'abdomen.

P. : 64.

Toucher rectal : rien d'anormal, rectum vide de matières.

Soir : P., 104 ; T., 40.

A partir du 7 avril, matin et soir, irrigation forcée dans le rectum ; il pénètre de 2 1/2 à 3 litres d'eau ; celle-ci ressort légèrement teintée par la bile sans provoquer de garde-robes.

Traitement : médecine noire ; infusion de café noir.

Les 8 et 10. — Pas de selles. Quelques vomissements

d'odeur légèrement fécaloïde. La fièvre est tombée. Soir et matin, électrisation avec la grande pile d'onimus, un électrode dans le rectum, l'autre sur la région épigastrique et périombilicale. Pas de selles. Facies abdominal; refroidissement et légère cyanose des mains et des pieds.

Le 11. — Iloquet persistant. Ballonnement extrême du ventre. T. 39,6, P. 92. Mort.

Cavité abdominale. — Injection générale du péritoine et des anses intestinales, plus prononcée vers la région iliaque droite.

Les anses sont légèrement soudées les unes avec les autres; il n'y a pas de fausses membranes épaisses, pas de productions purulentes.

L'intestin grêle est considérablement dilaté dans toute son étendue, de même que l'estomac; il est friable et se laisse très facilement déchirer, le gros intestin est, au contraire, revenu sur lui-même. L'intestin grêle contient une quantité considérable de matières très liquides et jaunes; dans le gros intestin, amas de matières fécales molles et jaunes.

L'origine de l'étranglement se trouve au niveau de l'union de l'intestin grêle et du gros intestin; c'est une tumeur cancéreuse, à surface molle et bourgeonnante, ayant envahi tout le pourtour de l'intestin grêle et rétréci tellement sa cavité que c'est à peine si on peut y passer le petit doigt.

Foie, reins, rate, normaux.

Cœur petit.

Poumons. — Foyer caséeux enkysté, du volume d'une noisette au sommet du poumon gauche.

La valvule de Bauhin devenue cancéreuse forme une bride transversale au niveau de son orifice inférieur.

Au-dessus du rétrécissement sont arrêtés des pépins d'oranges, un noyau de cerise,

OBSERVATION IX

Cancer de la valvule de Bauhin. — Mort par obstruction intestinale. — Du Castel, Archives générales de médecine 1882. — Pas d'opération.

Charpe, tailleur de pierres, 63 ans, entre le 9 décembre 1880, à l'hôpital Necker, salle Saint-Luc, n° 3, service du P^r Potain.

Depuis 6 semaines, douleurs vives au-dessus des côtes droites, et constipation très prononcée. Depuis 21 jours, plus de garde-robes, rejet de gaz, douleur vive péri-ombilicale exaspérée par l'ingestion des aliments. Pas de vomissements. Amaigrissement peu accentué ; au palper abdominal, pas de tumeur ; au toucher rectal, pas de rétrécissement. Les médications employées ne parviennent pas à rétablir le cours des matières et le malade succombe le 17, avec des phénomènes ataxo-adiynamiques.

Autopsie. — Epithélioma du volume d'une noisette, développé au niveau de la valvule de Bauhin et produisant un étranglement laissant passer avec peine un mince filet d'eau.

Péritonite généralisée. Anses intestinales très dilatées.

OBSERVATION X

Cancer de l'iléon. — Mort par cachexie. — *Pas d'opération.* — Du Castel, Archives générales de médecine, 1882.

Blanpied, palefrenier, 58 ans, entré le 15 mai 1880. salle Saint-Luc, service du professeur Potain.

Ce malade entre pour être soigné d'une polyurie sans albuminurie remontant à plusieurs années et pour laquelle il a été déjà traité à plusieurs reprises par le Professeur Potain. Depuis quelque temps, il a pâli, maigri rapidement ; il se plaint de troubles dyspeptiques et il est sujet à la diarrhée.

Après l'entrée du malade, la pâleur et l'amaigrissement augmentent rapidement ; l'appétit se perd ; il n'y a pas de vomissements. A la fin du mois d'août, on constate pour la première fois l'existence d'une tumeur dure, ligneuse, siégeant dans la fosse iliaque droite, dans une région qui paraît correspondre à l'union de l'intestin grêle et du gros intestin ; la tumeur est mobile ; un peu inégale.

Pas de phénomènes douloureux, pas de selles sanglantes, pas de méloëna ; de temps à autre un peu de diarrhée. La polyurie est moins abondante, indigose urinaire très nette.

A la fin de septembre, l'amaigrissement n'a fait qu'augmenter ; la tumeur est grosse comme une mandarine, inégale, très dure, pas douloureuse ; la teinte cachectique s'accuse ; le malade vomit assez fréquemment le lait et les

aliments sans qu'il y ait aucun signe manifeste d'étranglement intestinal.

Pas d'œdème cachectique.

A partir de cette époque, la cachexie va augmentant progressivement ; le malade devient sujet à la diarrhée, a de temps à autre des accès de vomissements ; il meurt le 4 février 1881, arrivé au dernier degré de la cachexie.

A l'autopsie, épithélioma dur, bourgeonnant, reposant sur un fond fibreux, occupant la fin de l'intestin grêle, à l'union du gros et du petit intestin.

OBSERVATION XI

Cancer de l'iléon. — Mort par péritonite cancéreuse. —

Pas d'opération. — Du Castel. Archives générales de médecine, 1882.

Gendarme (Marie), 47 ans, concierge, entre le 3 avril 1879, salle Saint-Adélaïde, n° 4, service de M. le professeur Potain.

Habituellement bien portante, n'ayant aucun antécédent pathologique héréditaire ou personnel, cette femme est souffrante depuis six mois. Depuis cette époque, elle a vu son appétit diminuer, ses digestions devenir pénibles ; depuis deux mois, elle a été prise de vomissements bilieux d'abord, puis alimentaires ; jamais elle n'a rejeté de sang pur ; mais, à trois reprises différentes, dans le mois qui a précédé son entrée, elle a eu des vomissements marc de café, à la suite desquels elle a été prise de méloëna ; la constipation est habituelle ; depuis six semaines, sont sur-

venus des accès de gastralgie violente avec sensation de brûlure, de pincements.

A son entrée à l'hôpital, la malade est amaigrie, pâle sans teinte cancéreuse ou subictérique prononcée ; les phénomènes dyspeptiques sont très accusés, mais depuis douze jours, il n'y a pas eu de vomissements ; la région épigastrique est douloureuse à la pression, mais sans induration ; le ventre est ballonné, souple, dépressible ; la fosse iliaque droite est sensible, mais on n'y constate pas de tumeur.

Le diagnostic reste incertain, bien qu'il soit évident qu'on se trouve en présence d'une affection de voies digestives entraînant à la suite la cachexie ; mais on ne peut en préciser ni le siège, ni la nature ; on croit à un cancer, mais on se demande s'il siège sur l'estomac ou l'intestin.

Dans les jours qui suivent l'entrée de la malade à l'hôpital l'amaigrissement augmente, les phénomènes dyspeptiques restant très accusés, il n'y a ni vomissements, ni hémathémèse, ni mélœna, mais des alternatives de constipation et de diarrhée.

29 avril. — On constate un léger degré d'ascite, la malade se plaint de douleurs sourdes, continues, occupant la fosse iliaque droite ; à ce niveau on sent une résistance profonde, mais pas de tumeur nettement dessinée. Tr... vésicatoire au niveau de la fosse iliaque droite, régime lacté, opium.

6 mai. — Ascite considérable. Œdème des membres inférieurs, cachexie extrême, avec teint jaunepaille ; douleurs plus vives dans la fosse iliaque droite ; constipation.

Le 12. — Erysipèle autour du vésicatoire. Vomissements incoercibles bilieux.

Le 16. — Mort.

Péritoine. — Epanchement séreux, trouble abondant, environ 4 à 6 litres. Anses intestinales soudées entre elles par des fausses membranes fibrino-purulentes. Noyaux cancéreux sur le grand épiploon. Ganglions cancéreux. Uretère droit comprimé à sa partie moyenne par une masse cancéreuse, volumineuse, développée sur la fin de l'intestin grêle, à son point de jonction avec le gros intestin.

La masse cancéreuse a envahi la paroi intestinale et forme un cylindre absolument rigide, qui occupe les cinq derniers centimètres de l'intestin grêle ; le tissu de nouvelle formation est ferme, blanchâtre, criant sous le scalpel.

Le canal resté perméable est extrêmement étroit, son orifice supérieur mesure à peu près 5 millimètres de diamètre.

OBSERVATION XII

Cancer iléo-cœcal. — Mort par diarrhée incoercible. —
Fas d'opération. — Du Castel. Archives générales de médecine 1882.

Henri Larochette, 76 ans, Saint-Luc, n° 10, entre le 17 octobre, service du Professeur Potain. D'une bonne santé habituelle, a commencé à ressentir vers Noël dernier des pesanteurs d'estomac ; six semaines après, il constatait la présence dans l'hypochondre droit d'une tumeur du volume d'une noix.

La tumeur a depuis lors augmenté progressivement et sans cesse. Au mois de février, apparition de vomissements muqueux et bilieux, surtout le matin, appétit à peu près conservé.

En avril, appétit diminué ; vomissements alimentaires ; la tumeur devient douloureuse.

D'avril en juillet, amélioration sous l'influence du traitement ; suspension des vomissements.

En juillet, réapparition de vomissements alimentaires et bilieux. Anorexie. Garde-robes noires. Pas d'hématémèse. Constipation. Affaiblissement progressif.

A l'entrée à l'hôpital, teinte jaune-paille des téguments ; maigreur modérée. Au palper : tumeur dure, bosselée, occupant tout l'hypochondre droit. Douleur vive à la pression. Rien dans les organes extra-abdominaux. Le soir de son entrée, le malade est pris de diarrhée incoercible, et meurt trois jours après, dans le coma.

Autopsie. — Cavité abdominale. Masses considérables de ganglions mésentériques envahi par la dégénérescence. Fin de l'iléon et partie inférieure du cœcum sont le siège d'une dégénérescence cancéreuse qui a converti leurs parois en une masse rigide, nacréée.

La valvule de Bauhin est soudée aux parois et laisse un canal facilement perméable. Le cœcum est recouvert de champignons cancéreux et rempli de matières fécales et de scybales.

L'intestin grêle est dilaté au voisinage de la valvule iléo-cœcal ; le gros intestin est revenu sur lui-même.

OBSERVATION XIII.

D^r Korte sur un cas où aucune opération radicale n'a été faite. — Deutsche Zeitschrift für, chirurgie, 1895.

Tischler, 47 ans.

Carcinome iléo-cœcal. Formation d'abcès. Extirpation

refusée. 21 mois après la découverte de la tumeur, occlusion intestinale.

Le 7 juillet 91, en même temps que l'occlusion intestinale, anus artificiel.

Septembre 91, mort.

Autopsie. — Carcinome gélatineux du cœcum et du colon, ayant gagné dans la profondeur jusqu'au périoste de la fosse iliaque. Les ganglions de la région du mésentère ne sont que peu tuméfiés. Aucune métastase tumorale dans les organes profonds. Foyers de bronchopneumonie dans les deux poumons, avec dégénérescence gangréneuse.

OBSERVATION XIV.

Dr Korte sur un cas où aucune opération radicale ne fut faite. *Deutsche Zeitschrift für, chirurgie*, 1895.

Femme âgée de 40 ans. Entre à l'hôpital le 22 mars 1892.

Tumeur depuis 4 ans dans la fosse iliaque droite, n'occasionnant aucune gêne pour aller à la garde-robe. Depuis 4 semaines avant son entrée à l'hôpital, la tumeur grossit, abcès se forme, il est incisé et drainé.

Il s'évacua aussitôt une masse stercorale avec un calcul stercoral par la plaie de l'incision, et il persista une fistule stercorale.

6 semaines plus tard, perforation de la vessie.

4 mois plus tard, le 8 août 92, mort dans le marasme. Autopsie. Cœcum et appendice dévastés. Noyaux gélatineux. Nombreux foyers de suppuration.

Conclusions

Après les résultats que nous venons de relater, nous nous croyons autorisé à porter les conclusions suivantes :

• 1° En face d'un malade atteint de cancer iléo-cœcal, le chirurgien ne doit point s'abstenir : exception faite, cependant, pour les cas dans lesquels l'affaiblissement du patient est trop considérable, et pour ceux dans lesquels l'envahissement du péritoine est trop important.

2° L'intervention chirurgicale, comme dans tous les cas où il s'agit de cancer, doit s'efforcer d'être radicale.

3° C'est la résection du segment iléo-cœcal, suivie d'entérorraphie, qui nous paraît être la plus radicale et la plus satisfaisante des interventions, puisque par la résection, elle extirpe le mal, et que, par l'entérorraphie elle rétablit le cours normal de la digestion.

4° L'importance de l'opération ne peut être envisagée comme un obstacle ; nous avons constaté combien sa gravité est plus apparente que réelle.

5° Enfin, il est bon de répéter, qu'ici, comme dans

tous les cas de cancer, les résultats seront d'autant plus satisfaisants que l'opération aura été plus précoce.

C'est pour cette raison que nous avons essayé de mettre en relief quelques signes du cancer iléo-cœcal, estimant que nous aurons atteint notre modeste but, si, même une seule fois, la constatation de l'un de ces symptômes permet une intervention plus rapide.

Vu :

Le Président de la Thèse,
TILLAUX.

Vu :

Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.



Bibliographie

Du Castel. — Cancer de l'iléon (Archives générales de médecine), année 1883.

Hausmann. — Sur le cancer de l'intestin. Etiologie et anatomie pathologique. Thèse de Paris, 1882,

Baillet. — Résection du segment iléo-cœcal de l'intestin. Thèse de Paris, 1894.

Korte. — Zur chirurgischen Behandlung der Geschwülste der Ileocœcalgegend (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie), 1895.

— Berliner Klin. Wochenschrift, septembre 1893.

Hott. — The Lancet. London, 1894.

Monks. — Boston medical and surgical journal, 1899.

Rafin. — Lyon médical, 1897, 8 août.

Bouveret. — Lyon médical, 1887, n° 31, et Bulletin médical, 12 mars 1890.

Laugier. — T. I. Bulletin chirurgical.

Trèves. — Société médicale de Londres, octobre 1887. Anal. in Semaine médicale, 1887.

Delahunay. — Congrès Français de Chirurgie, 20 octobre 1899.

